Nr. 9 26. lutego 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. dr. Józef Latkowski. Kraków

O znaczeniu badania układu nerwowego mimowolnego *).

(Z oddziału chorób wewnętrznych Państwowego szpitala św Łazarza w Krakowie. Prym. Prof. Dr. J. Latkowski).

Część układu nerwowego, zaopatrującego narządy, których czynność jest niezależna od woli, nazywamy, według Langleya, układem nerwowym autonomicznym czyli samoczynnym, lub mimowolnym. Ten układ nerwowy zaopatruje narządy o gładkich mięśniach i jest niezależny od układu nerwowego ośrodkowego, choć łączy się z nim przez liczne włókna nerwowe. W układzie tym odróżniamy przedzwojowe i pozazwojowe neurony, ponieważ drogi nerwowe układu mimowolnego są przerwane przez liczne zwoje, umieszczone w poszczególnych narządach.

Langley podzielił układ mimowolny pod względem anatomicznym na dwie grupy, a mianowicie: grupę rozszerzonego nerwu błędnego lub odcinek czaszkowo krzyżowy czyli parasympatyczny i grupę nerwu współczulnego — i wykazał, że te dwie grupy nerwowe pod względem fizjologicznym działają w swych zakończeniach przeciwniczo (antagonistycznie), i to nietylko w sercu, lecz także wszędzie tam, gzie znajdują się w narządach wewnętrznych mięśnie gładkie, a zatem w żołądku i jelitach. I tak współczulny nerw sercowy przyśpieszający podniecа jego czynność, natomiast nerw błędny ją zwalnia. Nerwy trzewne współczulne zwalniają czynność jelit, nerw błędny zaś ją przyśpiesza. Mayer stwierdził istnienie tego antagonizmu pod względem farmakologicznym, a mianowicie spostrzegł, że pewne ciała działają wyłącznie na jedne lub drugie nerwy pobudzająco lub hamująco. N. p. pilokarpina, muskaryna, fizostygmina i cholina działają tylko na nerw błędny, adrenalina natomiast pobudza nerw współczulny, lecz na wydzielanie potu nie działa.

Lecz już przy stosowaniu tych trucizn zauważono różne sprzeczności, a mianowicie np. pilokarpina, muskaryna, fizostygmina i cholina działają podniecająco na nerw błędny, czyli układ czaszkowo-krzyżowy Langleya lub parasympatyczny, ale również działają podniecająco na wydzielanie potu, zależne przecież od nerwu współczulnego. Porażająco zaś działa na nerw błędny atropina, która również hamuje wydzielanie potu.

Eppinger i Hess zaczęli pierwsi stosować te próby farmakologiczne w klinice i starali się udowodnić, że można znaleść ludzi, którzy są wrażliwi tylko na pilokarpinę i atropinę, a nie oddziaływują na adrenalinę. Na podstawie tych spostrzeżeń przyjęli istnienie tak zwanej wagotonji i sympatykotonji i twierdzili, że jest to zboczenie konstytucyjne, polegające na wzmożonem napięciu nerwu błędnego, a cechą jego jest silne oddziaływanie na powyższe ciała. Znajdowali oni tę wrażliwość szczególnie u ludzi gruźliczych, dalej chorych na dusznicę oskrzelową, nadmierne wydzielanie soku żołądkowego i w wielu przypadkach wrzodu żołądka. Wprawdzie późniejsze badania dowiodły, że twórcy pojęcia wagotonji nie mieli słuszności, bo, nie biorąc już w rachubę okoliczności, że na podstawie jedynie oddziaływania farmakologicznego trudno określić odrębne jednostki chorobowe, to tem więcej nie można twierdzić, iż wszędzie tam, gdzie znajdujemy wrażliwość na pilokarpinę, istnieje też rzeczywiście większe napięcie w zakresie nerwu błędnego, czyli że jest wagotonja. Dla badań klinicznych będzie ważnem ocenienie, czy badanie farmakologiczne układu mimowolnego zapomocą wspomnianych ciał daje wyniki jasne i niewątpliwe. Trzeba bowiem przedewszystkiem zauważyć, że porażenie atropinowe nerwu błędnego nie może być równoznaczne z przecięciem tego nerwu, bo atropina może działać jeszcze na inne narządy, będące w związku np z sercem i działa ona, jak i adrenalina, np. na serce kurczęcia lub ryb we wczesnym okresie płodowym, gdy jeszcze niema w niem nerwów. Dalej np. adrenalina działa nie tylko na nerw współczulny, ale także na układ nerwowy ośrodkowy, wnosząc z jej działania przeciw nerwobólom i przeciwdnawego. Nie można porównywać podrażnienia zapomocą adrenaliny lub zahamowania jakiejś czynności z podrażnieniem lub przecięciem nerwu współczulnego, tak jak znowu nie możemy twierdzić, że skutki wstrzykiwania pilokarpiny odnieść można tylko do podrażnienia układu parasympatycznego, gdyż pilokarpina także zwiększa wydzielanie potu, zależne od nerwu współczulnego, a z drugiej znów strony nie wywołuje zwykle zwolnienia tętna, które przy podrażnieniu nerwu błędnego występuje. Adrenalina znów może wywoływać tylko cukromocz, a może nie działać na nerwy sercowe.

Na podstawie tych uwag widzimy, że dzielenie ludzi na wagotoników i sympatotoników ma bardzo niepewne podstawy, dlatego też cały szereg autorów sprzeciwia się takiemu schematyzowaniu i niechce się zgodzić na to, aby wagotonja polegać miała na wzmożonem napięciu nerwu błędnego. Pojęcie to jednak rozpowszechniło się do pewnego stopnia wśród ogółu lekarzy i dlatego też nie od rzeczy będzie sprawę tę rozpatrzeć. Sprawa ta nie miałaby może większego klinicznego znaczenia, gdyby służyła tylko do określenia tego zboczenia. Zaczęto jednak anomalją tą tłómaczyć różne zmiany patologiczne, że wspomnę choćby tylko wrzód żołądka lub choroby gruczołów dokrewnych. Z tego też powodu przeprowadziłem szereg badań kontrolnych, aby zdobyć sobie własne doświadczenie w tej sprawie.

Chcąc przeprowadzić badania układu mimowolnego, uwzględnialiśmy przy badaniu naszych chorych przedewszystkiem objawy kliniczne (stigmata), które można uważać za wynik zaburzenia czynności tych nerwów. Obok badania fizycznego chorych prześwietlaliśmy ich promieniami Roentgena, uwzględniając stan narządów wewnętrznych, a szczególnie serca, żołądka, jelit, gruczołów śródpiersia i t. p. Również badaliśmy czynność wydzielniczą i ruchową żołądka zapomocą zgłębnika. Dalej badano stan narządów limfatycznych, a więc migdałki, dno języka, gruczoły limfatyczne i gruczoły dokrewne. Z drugiej strony używaliśmy do zbadania naszych chorych prób farmakologicznych zapomocą adrenaliny, atropiny i pilokarpiny. Aby ocenić siłę działania danego środka — braliśmy na uwagę całość objawów. Dawkę staraliśmy się przystosować do ciężaru ciała. Zwracaliśmy uwagę na konstytucję chorych, szczególnie na stan asteniczny i związek jego ze skazą limfatyczną. Dalej zwracaliśmy uwagę na zmiany naczynio-ruchowe, jak n. p. nadmierną bladość chorych przy prawidłowej ilości barwika krwi, lub też zbytnią czerwoność skóry, dalej na dermografję, zimne ręce i nogi. — Zwracaliśmy również uwagę na znamiona (stigmata) z zakresu nerwu współczulnego, a więc rozszerzone źrenice, dalej wysadzenie gałek ocznych, nadmierne wydzielanie potu. Zwracaliśmy uwagę na zaburzenia w unerwieniu narządów wewnętrznych przez nerw błędny, a więc przedewszystkiem serca i przewodu pokarmowego. Ważnem również było dla nas uwzględnienie ogólnej nerwowości i jej cech, jak n. p. zwiększonej pobudliwości psychicznej, dalej zachowanie się odruchów ścięgnistych, skórnych, jak również odruchów łuku podniebiennego.

Wstrzykiwaliśmy pilokarpiny 0.75 do 1.00 miligr. na

*) Wedle odczytu w Tow. lek. krakowskiem dnia 28/6 1921

L. p.	Imię i pierwsza litera nazwiska chorego	Wiek	Rozpoznanie	Stigmata	Pilokarpina	Atropina	Adrenalina	Obj. gałkowy	Obj. Erbena	Arytus. resp.	Dermogr.	Zaburz. wydz.	Krwotok
1	D. Józef	26	Ulcus ventriculi								+	+	+
2	W. Jan	26	„ „				+				+	+	+
3	M. Józef	33	„ „				+			+	+		+
4	Z. Tomasz	37	„ duodeni	+									
5	J. Jacenty	49	„ callos. ss. stenosi pyl.								+	+	+
6	P. Ludwik	30	„ ventriculi	+							+	+	+
7	C. Piotr	48	„ duodeni									+	
8	W. Antoni	35	„ ventriculi		+			+	+		+		+
9	S. Zdzisław	39	„ „	+	+ +						+		+
10	C Jakób	42	„ „	+							+	+	+
11	D. Stanisław	46	„ „								+		+
12	S. Szymon	30	„ „		+						+	+	+
13	M. Tomasz	40	„ „		+			+	+	+	+	+	+
14	M. Aleksander	44	„ „									+	
15	W. Franciszek	41	„ duodeni	+		+					+	+	
16	M. Andrzej	48	„ ventriculi		+			+			+	+	+
17	S. Stanisław	31	„ „		+	+		+		+	+		+
18	G. Stanisław	32	„ „	+	+			+			+	+	+
19	W. Jan	49	„ „		+			+		+	+		+
20	S. Abraham	43	„ duodeni	+							+		+
21	F. Kazimierz	27	„ ventriculi		+ +		+				+		+
22	G. Wojciech	50	„ „		+	+					+		+
23	J. Franciszek	30	„ „	+	+	+	+	+		+	+		+
24	W. Katarzyna	38	„ „	+	+								
25	I. Józef	43	„ „					+	+			+	+
26	K. Stanisław	50	„ duodeni	+	+ +		+					+	
27	O. Marcin	50	Hyperacid. gastroptosis.					+	+		+		
28	L. Stanisław	25	„ digestiva	+				+	+	+	+		
29	G. Czesław	17	Hypersecr. contin	+			+					+	
30	S. Jan	38	Hyperacid. digestiva.									+	
31	G. Jan	19	Hypersecr. contin.	+	+			+				+	
32	H. Zygmunt	26	„ „		+		+	+		+	+	+	
33	W. Dawid	14	„ „ et neuropathia	+	+ +		+	+			+	+	
34	S. Władysław	28	Neurosis. ventric. sensit.	+			+				+		
35	R. Franciszek	30	„ „ „				+	+		+	+		
36	R. Mikołaj	40	„ „ „	+			+	+			+		
37	K. Józef	45	Catar. ventr. chron.								+	+	
38	K Piotr	35	„ „ „								+	+	
39	P. Jan	27	„ „ „									+	
40	P. Piotr	29	Colica membran.	+	+ +	+	+ +				+		
41	B. Scheja	35	Neuropathia	+		+	+ +	+			+		
42	J. Ignacy	19	Neurasthenia	+							+		
43	P. Józef	42	Gumma cerebri										
44	K. Czesław	19	Neurasthenia	+									
45	T. Ludwik	36	Hypochondria	+						+	+		
46	B. Jan	32	Neuropathia	+				+	+	+	+		
47	A. Franciszek	40	„	+			+				+		
48	I. Władysław	27	Infiltr. apic.	+	+	+		+		+	+		
49	K. Stanisław	34	Stat. p. enceph. let.					+		+	+		
50	D. Leon	23	Infiltr apic.	+	+ +								
51	C. Stanisław	29	Hyperaciditas const.									+	
52	B. Anna	31	Asthma bronch.	+			+						
53	M. Stanisław	27	„ „	+	+						+		
54	C. Leib	15	„ „								+		
55	C. Marja	18	Diabetes								+		
56	Z Marja	27	Myxoedema					+			+		
57	K. Andrzej	18	„										
58	P. Jan	34	Morb. Addisoni										
59	J Michał	26	Polyarthrit. rheum.										
60	H Stefan	41	Hernia inguin.								+		
61	W. Kasper	50	Emphys. pulm.								+		
62	J. Michał	37	Resid. p. pleurit.							+	+		
63	K. Jan	20	Polyarthrit. rheumat.										
64	J. Józef	20	Indur. apic.										
				27	20	7	15	20	6	13	44	23	20
				42%	31%	10%	23%	31%	9%	20%	69%	35%	76%

70 do 75 kg wagi, zaś atropiny 1 mg, u kobiet 0.75 mg, adrenaliny zaś średnio 1 mg i uważaliśmy za odczyn dodatni — taki, który był odczynem ogólnym, tak np. przy pilokarpinie zwracaliśmy uwagę na ślinienie, pocenie się ciała i wpływ na tętno. Ilość śliny mierzyliśmy i ilość większą od 75 cm^3 uważaliśmy za odczyn dodatni, jak również za odczyn dodatni uważaliśmy pocenie się wybitne i występujące na całem ciele. Przy atropinie uważaliśmy za odczyn dodatni, jeżeli nastąpiło przyśpieszenie tętna przynajmniej o 30 uderzeń na minutę i suchość w ustach, jak również pewne uczucie zdenerwowania. Przy adrenalinie uważaliśmy odczyn za silny, jeżeli obok wyraźnego drżenia kończyn występowało przyśpieszenie tętna o 30 uderzeń na minutę, jak również podwyższenie ciśnienia o 30 mg rtęci. Przy omawianiu tych odczynów należy zauważyć, że mogą one zależeć nie tylko od stanu nerwów obwodowych, ale także od gruczołów dokrewnych i od stanu mięśnia sercowego, tak np. wpływ wydzieliny tarczycy jest stwierdzony na nerw błędny, podniesienie zaś ciśnienia lub przyśpieszenia tętna będzie zależeć od stanu mięśnia sercowego. U wszystkich chorych przeprowadziliśmy dokładne badanie krwi. Zwracaliśmy uwagę na zachowanie się obrazu morfologicznego po wstrzyknięciu adrenaliny, pilokarpiny, a nawet atropiny, a to z tego powodu, że zauważono występowanie limfocytozy, jak również zwiększenie się ilości ciałek białych krwi, po wstrzykiwaniach adrenaliny. Dalej zwracaliśmy uwagę na zachowanie się objawu gałkowego i objawu Erbena; pierwszy objaw występuje przy ucisku gałek ocznych i odruchowem działaniu przez nerw trójdzielny na nerw błędny; drugi objaw powstaje pod wpływem zmiany ułożenia tułowia. Adrenalina może te objawy zwiększać lub ułatwić ich występowanie. W ten sposób badaliśmy cały szereg chorych w ciągu kilku lat i obserwacje nasze dotyczą przeszło stu chorych. Podajemy jednak wyniki tylko 64 przypadków, które były dokładnie pod każdym względem zbadane. Badaliśmy przedewszystkiem ludzi zdrowych i bez zaburzeń w układzie nerwowym, dalej chorych w zakresie przewodu pokarmowego, gdyż ta sprawa szczególnie interesuje klinicystów. W końcu badano chorych gruźliczych. Wiek naszych chorych wynosi od 14 do 50 lat, w późniejszym wieku już nie przeprowadzaliśmy badań dlatego, że i wrzód żołądka jest w wieku starszym rzadszy, a największa wrażliwość na trucizny jest w wieku młodym.

Wpływ pilokarpiny na źrenicę ujawnił się w nieznacznej ilości przypadków; zwężenie bowiem źrenic spostrzegaliśmy u 10 chorych. Działania pilokarpiny na mięsień rzęskowy i na szerokość szpary powiekowej nie zauważono. Działanie na narząd krążenia nie jest u naszych chorych wybitne. Tak jak większość autorów — nie spostrzegliśmy wybitnego zwolnienia tętna, które powinno odpowiadać podrażnieniu nerwu błędnego przez pilokarpinę. Tylko u 2 chorych (L p. 40 i 2) nastąpiło nieznaczne zwolnienie tętna, 8 do 12 uderzeń na minutę, częściej natomiast można było zauważyć przyśpieszenie tętna. Przyśpieszenie to spostrzegano szczególniej w przypadkach silnego odczynu przy silnem poceniu się i ślinieniu się chorych; można więc przypuścić, że u bardzo wrażliwych neuropatów uczucie trwogi i podniecenie wywołuje przyśpieszenie tętna, które może unicestwić wpływ pilokarpiny na nerw błędny. Zmiany w ciśnieniu krwi były tak nieznaczne, że nie można właściwie ich podkreślać. Często przy silnem odczynie chorzy odczuwali kołatanie serca i znaczny niepokój, czasem równocześnie zwolnienie tętna (L. p. 40, chory ten oddziaływał bardzo silnie na wszystkie 3 trucizny).

Podobnie nieznaczny wpływ, jak na narząd krążenia, zauważyliśmy — na oddychanie. Tylko w nielicznych przypadkach zauważono zwolnienie oddechu (L. p. 1, 47), u innych zaś chorych również dość rzadko można było wykryć przyśpieszenie oddechu (L. p. 27, 52). W 11 przypadkach zauważono występowanie arytmji oddechowej. Objaw gałkowy wystąpił u 19 chorych, objaw Erbena zaś u 6 chorych nie można więc stwierdzić potęgowania się tych objawów pod wpływem pilokarpiny. Dermografja nie ulegała również zmianom jakościowym.

Najwybitniejszym był wpływ, ogólnie znany, na pocenie się i wydzielanie śliny, tylko u dwóch chorych (L. p. 2, 47) nie zauważono tych objawów. U 2 chorych (L. p. 16, 24) zauważyliśmy bardzo słabe pocenie się obok silnego ślinienia. Zwykle objawy te występują w równym stopniu; jeszcze rzadsze jest występowanie samego pocenia się (L. p. 26).

Za silny odczyn uważaliśmy ilość śliny, wynoszącą 200 cm^3. Co do potów, to poty rozlewne, przy których bielizna chorego była przemoczona, uważaliśmy również za odczyn silny. Zwykle towarzyszyło zwiększonemu poceniu się zaczerwienienie skóry na twarzy i tułowiu, połączone z przyjemnem uczuciem ciepła.

W zakresie zaburzeń przewodu pokarmowego zauważyliśmy, szczególnie przy silnych odczynach, uczucie ciśnienia i palenia w żołądku, powstawanie odbijań, czkawki, nudności, wymiotów, a nawet bólów w okolicy żołądka. Roentgenologicznie stwierdzaliśmy kurcze żołądka, które wpływały nawet na postać hakowatą żołądka.

Również pod wpływem pilokarpiny można było stwierdzić zapomocą zgłębnika żołądkowego sokotok żołądkowy (L. p. 50, 25, 51). U jednego z chorych (L. p. 40) zauważyliśmy pod wpływem pilokarpiny biegunkę z parciem pod postacią stolców śluzowych. Wymioty występowały tylko u dwóch chorych (L. p. 8, 40).

Nie oddziaływało na pilokarpinę 44 osób, czyli 69%.

(C. d. n.).

Doc. Dr. K. Bocheński. Lwów.

O postępowaniu leczniczem przy łożysku przodującem ze szczególnem uwzględnieniem cięcia cesarskiego.

(Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. J. K.)

Oprócz pęknięcia macicy i drgawek porodowych stanowi łożysko przodujące jedno z najpoważniejszych powikłań ciąży względnie porodu, przy którem nie tylko płód, ale i matka narażeni są na niebezpieczeństwo życia. Niebezpieczeństwo dla matki stanowi przedewszystkiem krwotok, a następnie możność zakażenia.

Krwotok powstaje wskutek przedwczesnego odklejania się łożyska, usadowionego w dolnym odcinku macicy. Odklejanie to ma miejsce już w ostatnich miesiącach ciąży, najpóźniej zaś z chwilą rozpoczęcia się porodu, a powstaje ono wskutek tego, że wobec skurczów macicy dolny jej odcinek ulega rozciągnięciu, co powoduje przesunięcie się tej części macicy na łożysku, unieruchomionem na dolnym odcinku jaja płodowego. Rozluźnia się wskutek tego związek pomiędzy łożyskiem a ścianą macicy, a z otwartych zatok żylnych przestrzeni międzykosmkowych spływa krew pomiędzy częścią odklejonego łożyska a ścianą macicy ku dołowi i na zewnątrz. Ponieważ wytwarzanie się dolnego odcinka macicy jest objawem stałym, zrozumiałą jest rzeczą, że w każdym przypadku przodującego łożyska musi występować krwawienie i że krwawienie to wobec tych okoliczności nie może samoistnie i stale ustać, lecz przeciwnie będzie ono tem silniejsze, im więcej dolny odcinek macicy będzie ulegał rozciąganiu. Im silniejsze więc będą skurcze macicy, tem więcej dolny odcinek macicy będzie się rozciągał i przesuwał w kierunku dna macicy, tem na większej przestrzeni rozluźniać się będzie związek tego odcinka macicy z łożyskiem, a temsamem i krwotok będzie tem silniejszy.

Z przytoczonych okoliczności wynika jedna bardzo ważna wskazówka, a mianowicie, że wobec niemożliwości samoistnego trwałego ustania krwotoku w każdym przypadku krwotoku z łożyska przodującego *postępowanie nasze winno być czynne, a nie wyczekujące*. Bardzo słusznie podnoszą niektórzy, że przeważna część przypadków łożyska przodującego kończy się niepomyślnie nie dlatego, że zastosowano przy nich nieodpowiedni sposób postępowania, lecz że sposób ten zastosowano zapóźno.

Nie wolno się również łudzić ilością utraconej krwi i korzystnie oceniać przypadek, w którym rzekomo krwawienie było nieznaczne, zwłaszcza jeśli od samego początku nie mie-

liśmy sposobności kontrolowania krwotoku i polegamy na danych, podanych nam przez samą chorą lub jej otoczenie. Krwawienia kilkakrotnie się powtarzające mogą organizm tak osłabić, że wreszcie nawet nieznaczny krwotok może być śmiertelny. Jest rzeczą charakterystyczną, że kobiety nawet znaczniejsze, lecz jednorazowe utraty krwi, w czasie porodu lub po porodzie, znoszą stosunkowo dobrze i wnet po nich przychodzą do siebie, a przeciwnie przy łożysku przodującem nawet nieznaczne, lecz powtarzające się krwotoki, działają jakby kumulatywnie na organizm kobiety i stosunkowo w krótkim czasie powodują bardzo znaczną niedokrewność. Okoliczność ta nakłada na nas obowiązek sumiennego kontrolowania każdego krwawienia, a ponieważ najłatwiej i najpewniej rzecz taką przeprowadzić w zakładzie, dlatego **każdy przypadek łożyska przodującego winien być zasadniczo leczony w zakładzie.** To też i postępowanie wyczekujące tylko wówczas jest dopuszczalne i usprawiedliwione, jeśli osoba krwawiąca bezpośrednio po pierwszem krwawieniu zazaz zostaje umieszczoną w odpowiednim zakładzie pod ścisłą opieką fachową.

Oprócz krwotoku, mającego swe źródło w odklejaniu się łożyska, grozi matce w czasie porodu niebezpieczeństwo krwotoku z pęknięcia szyji macicy nawet przy porodzie odbywającym się siłami przyrody. Wskutek bliskości łożyska cały dolny odcinek macicy jest znacznie rozpulchniony i bardzo znacznie przekrwiony. Dlatego nieraz nawet nieznaczne naddarcia szyji krwawią znacznie silniej, jak zwykle, a przy większych naddarciach, sięgających aż do miejsca przyczepu łożyska, powstać może krwotok bardzo gwałtowny i trudny do opanowania. To też każda chęć przyśpieszenia porodu czy to zapomocą kleszczy, czy też przy ręcznem wydobywania płodu, zwiększa niepomiernie możność powstania głębokich naddarć szyji, a temsamem naraża matkę na niebezpieczeństwo skrwawienia się. Rzecz naturalna, że okoliczność ta stwarza niejako kolizję pomiędzy życiem matki a dziecka. Kolizja ta atoli dla położnika nie powinna i nie może istnieć, bo, jeśli gdzie, to tutaj właśnie obowiązuje z całym rygorem zasada, że dla ratowania względnie oszczędzenia matki musi się poświęcić dziecko. Zapewne, że dla lekarza sytuacja taka, gdzie mógłby przez szybkie ukończenie porodu, urodzić płód dobrze rozwinięty i żywy, gdzie tymczasem interes matki nie pozwala mu dla ratowania tego dziecka nic uczynić, jest tragiczna ze stanowiska ludzkiego, ale niestety konieczna i nieunikniona. Przy płodach niedonoszonych odpadają i te skrupuły, bo dzieci takie i tak nie rokują, aby przy życiu mogły się utrzymać.

Nie mniejsze niebezpieczeństwo krwotoku istnieje nawet w okresie poporodowym. Często bowiem łożysko przodujące oddziela się niezupełnie, konieczność ręcznego jego wydobycia bywa częstsza, nieraz części jego pozostają; wszystko to okoliczności, które krwotok mogą zwiększać i zwykle zwiększają. A i po porodzie grozi niebezpieczeństwo krwotoku atonicznego, gdyż część macicy, w której łożysko było usadowione, nie kurczy się, przez co i naczynia nie zostają zaciśnięte, jak to ma miejsce przy prawidłowem usadowieniu łożyska w ciele macicy, którego mięsień wskutek stałego skurczu zacieśnia naczynia i zapobiega krwotokowi.

Że możność zakażenia matki przy łożysku przodującem jest większa, aniżeli przy porodzie normalnym, składa się na to cały szereg okoliczności. Łożysko przodujące sąsiaduje z tą częścią kanału rodnego (szyja-pochwa), która i w normalnych warunkach nie jest zupełnie jałowa. Drobnoustroje chorobotwórcze z łatwością mogą z tej części kanału rodnego przedostać się w razie wystąpienia krwawienia do zatok żylnych otwartych przestworów międzykosmkowych. Tworzące się przy krwawieniu skrzepy ułatwiają niepomiernie ich rozwój, tak że objawy zakażenia nieraz powstać mogą, zanim czynność porodowa na dobre się rozwinie. Osłabiony utratą krwi organizm, wskutek zmniejszonej odporności, staje się tem podatniejszy dla zakażenia, a konieczność wykonywania pewnych zabiegów niebezpieczeństwo to jeszcze bardziej zwiększa.

Z powyższego przedstawienia rzeczy wynika, że postępowanie lecznicze przy łożysku przodującem ma za zadanie opanowanie krwotoku i zapobieżenie zakażeniu. Tem lepszy będzie sposób, który zastosujemy, im pewniej zadaniu temu odpowie.

Zastanówmy się, czy stosowane powszechnie przy łożysku przodującem sposoby i zabiegi lecznicze zadaniu temu odpowiadają w zupełności.

Należą do tych zabiegów, jak wiadomo, następujące:

1) **Przebicie pęcherza płodowego.** Sposób ten w odpowiednich przypadkach jest bardzo dobry. Po przebiciu bowiem pęcherza ustaje ustalenie łożyska w dolnym odcinku jaja płodowego, błony płodowe przesuwają się ku górze a wraz z niemi i łożysko, które pomimo rozszerzania się dolnego odcinka macicy może do ścian jego przylegać. Zastosować można ten sposób atoli tylko wówczas, jeśli istnieją pewne warunki, a mianowicie skurcze macicy muszą być energiczne, aby pod ich działaniem część poprzedzająca mogła wstąpić niżej i wywierać stały ucisk na ścianę macicy. Najkorzystniej układają się zatem stosunki, jeśli przoduje wówczas główka, bo jako część twarda wywiera dostateczny ucisk na ścianę macicy. Jeśli atoli przoduje znaczniejsza część łożyska, jeśli bóle są słabe i jeśli wreszcie wskutek niekorzystnego położenia płodu część poprzedzająca nie może wstąpić niżej i wywrzeć pożądanego ucisku, sposób ten może nas zawieść i pomimo przebicia pęcherza może krwotok utrzymywać się dalej. To też sposób ten zastosować możemy jedynie w przypadkach, gdzie mamy brzeżne przodowanie łożyska lub też boczne, i to nieznacznych rozmiarów, pod warunkiem, że czynność porodowa jest energiczna a położenie płodu czaszkowe.

Co do techniki przebicia pęcherza płodowego przy łożysku przodującem, ważną jest rzeczą, aby go nie przebijać, uciskając nań palcem. W ten sposób bowiem palec uciskający na dolny odcinek jaja płodowego przesuwa go ku górze a wraz z nim i łożysko, powodując jego odklejenie a temsamem i zwiększenie krwawienia. By temu zapobiedz, najkorzystniej jest uchwycić pęcherz szczypczykami i przedrzeć go, pociągając ku dołowi. Jest to więc sposób bardzo dobry pod wspomnianymi warunkami, posiadający i tę zaletę, że jest prosty i, co ważniejsza, nieprzedstawiający wielkiego niebezpieczeństwa co do możliwości zakażenia.

2) Gorszym sposobem jest **tamponowanie** pochwy a to dlatego, że pomimo tamponady często krwawienie nie ustaje. Po wytamponowaniu pochwy powstaje ucisk jednostronny od strony pochwy w stronę miejsca łożyskowego, podczas gdy ucisk w przeciwnym kierunku tylko wówczas może powstać, jeśli silne bóle porodowe część poprzedzającą ku dołowi będą spychać. Zazwyczaj atoli tak niebywa, bo i bóle porodowe przy łożysku przodującem najczęściej są słabe i część poprzedzająca zwykle wysoko ustawiona. Ponadto, jeśli tamponujemy przy rozwartem nieco ujściu, może tampon wypełnić szyję macicy, wywierać ucisk na łożysko, przezco ono jeszcze więcej będzie się odklejać od ściany macicy a temsamem i krwotok stać się może coraz gwałtowniejszy. Wreszcie zarzucają niektórzy tamponadzie i tę wadę, że ułatwić ona moża zakażenie a to w ten sposób, że drobnoustroje z pochwy wprost za pośrednictwem tamponu przenosimy do miejsca łożyskowego, skąd przez otwarte światła żył przedostają się wprost do organizmu matki. Przy energicznej tamponadzie ryzykujemy więc dalsze odklejanie się łożyska, silniejsze krwawienie i ewentualnie zakażenie, przy lekkiem zaś wytamponowaniu pochwy działanie tamponu jest iluzoryczne.

Tamponada nie odpowiada więc celowi i zastosowanie jej jest bardzo ograniczone. Najczęściej jeszcze posługiwać się nią musi z konieczności praktyk, który na czas transportu chorej do zakładu tamponuje pochwę.

3) **Obrót skombinowany Braxtona-Hicksa** na nóżkę przy położeniach główkowych lub poprzecznych płodu, względnie sprowadzenie nóżki przy położeniu pośladkowem. Jest to jeden z najpewniejszych sposobów, a tem samem i najlepszy dla lekarza praktyka, nic też dziwnego, że w praktyce prywatnej cieszy się od dawna ogólnem uznaniem. Po dokonanym obrocie ustaje krwawienie głównie dlatego, że pośladki wstępują do miednicy małej i wywierają ucisk na łożysko w kierunku ściany macicy. O ile więc ucisk ten działa korzystnie na ustanie krwawienia, o tyle z drugiej strony upośledza on krążenie w uciśnionej części łożyska i to często

liśmy sposobności kontrolowania krwotoku i polegamy na danych, podanych nam przez samą chorą lub jej otoczenie. Krwawienia kilkakrotnie się powtarzające mogą organizm tak osłabić, że wreszcie nawet nieznaczny krwotok może być śmiertelny. Jest rzeczą charakterystyczną, że kobiety nawet znaczniejsze, lecz jednorazowe utraty krwi, w czasie porodu lub po porodzie, znoszą stosunkowo dobrze i wnet po nich przychodzą do siebie, a przeciwnie przy łożysku przodującem nawet nieznaczne, lecz powtarzające się krwotoki, działają jakby kumulatywnie na organizm kobiety i stosunkowo w krótkim czasie powodują bardzo znaczną niedokrewność. Okoliczność ta nakłada na nas obowiązek sumiennego kontrolowania każdego krwawienia, a ponieważ najłatwiej i najpewniej rzecz taką przeprowadzić w zakładzie, dlatego *każdy przypadek łożyska przodującego winien być zasadniczo leczony w zakładzie*. To też i postępowanie wyczekujące tylko wówczas jest dopuszczalne i usprawiedliwione, jeśli osoba krwawiąca bezpośrednio po pierwszem krwawieniu zazaz zostaje umieszczoną w odpowiednim zakładzie pod ścisłą opieką fachową.

Oprócz krwotoku, mającego swe źródło w odklejaniu się łożyska, grozi matce w czasie porodu niebezpieczeństwo krwotoku z pęknięcia szyji macicy nawet przy porodzie odbywającym się siłami przyrody. Wskutek bliskości łożyska cały dolny odcinek macicy jest znacznie rozpulchniony i bardzo znacznie przekrwiony. Dlatego nieraz nawet nieznaczne naddarcia szyji krwawią znacznie silniej, jak zwykle, a przy większych naddarciach, sięgających aż do miejsca przyczepu łożyska, powstać może krwotok bardzo gwałtowny i trudny do opanowania. To też każda chęć przyśpieszenia porodu czy to zapomocą kleszczy, czy też przy ręcznem wydobywania płodu, zwiększa niepomiernie możność powstania głębokich naddarć szyji, a temsamem naraża matkę na niebezpieczeństwo skrwawienia się. Rzecz naturalna, że okoliczność ta stwarza niejako kolizję pomiędzy życiem matki a dziecka. Kolizja ta atoli dla położnika nie powinna i nie może istnieć, bo, jeśli gdzie, to tutaj właśnie obowiązuje z całym rygorem zasada, że dla ratowania względnie oszczędzenia matki musi się poświęcić dziecko. Zapewne, że dla lekarza sytuacja taka, gdzie mógłby przez szybkie ukończenie porodu, urodzić płód dobrze rozwinięty i żywy, gdzie tymczasem interes matki nie pozwala mu dla ratowania tego dziecka nic uczynić, jest tragiczna ze stanowiska ludzkiego, ale niestety konieczna i nieunikniona. Przy płodach niedonoszonych odpadają i te skrupuły, bo dzieci takie i tak nie rokują, aby przy życiu mogły się utrzymać.

Nie mniejsze niebezpieczeństwo krwotoku istnieje nawet w okresie poporodowym. Często bowiem łożysko przodujące oddziela się niezupełnie, konieczność ręcznego jego wydobycia bywa częstsza, nieraz części jego pozostają; wszystko to okoliczności, które krwotok mogą zwiększać i zwykle zwiększają. A i po porodzie grozi niebezpieczeństwo krwotoku atonicznego, gdyż część macicy, w której łożysko było usadowione, nie kurczy się, przez co i naczynia nie zostają zaciśnięte, jak to ma miejsce przy prawidłowem usadowieniu łożyska w ciele macicy, którego mięsień wskutek stałego skurczu zacieśnia naczynia i zapobiega krwotokowi.

Że możność zakażenia matki przy łożysku przodującem jest większa, aniżeli przy porodzie normalnym, składa się na to cały szereg okoliczności. Łożysko przodujące sąsiaduje z tą częścią kanału rodnego (szyja-pochwa), która i w normalnych warunkach nie jest zupełnie jałowa. Drobnoustroje chorobotwórcze z łatwością mogą z tej części kanału rodnego przedostać się w razie wystąpienia krwawienia do zatok żylnych otwartych przestworów międzykosmkowych. Tworzące się przy krwawieniu skrzepy ułatwiają niepomiernie ich rozwój, tak że objawy zakażenia nieraz powstać mogą, zanim czynność porodowa na dobre się rozwinie. Osłabiony utratą krwi organizm, wskutek zmniejszonej odporności, staje się tem podatniejszy dla zakażenia, a konieczność wykonywania pewnych zabiegów niebezpieczeństwo to jeszcze bardziej zwiększa.

Z powyższego przedstawienia rzeczy wynika, że postępowanie lecznicze przy łożysku przodującem ma za zadanie opanowanie krwotoku i zapobieżenie zakażeniu. Tem lepszy będzie sposób, który zastosujemy, im pewniej zadaniu temu odpowie.

Zastanówmy się, czy stosowane powszechnie przy łożysku przodującem sposoby i zabiegi lecznicze zadaniu temu odpowiadają w zupełności.

Należą do tych zabiegów, jak wiadomo, następujące:

1) *Przebicie pęcherza płodowego*. Sposób ten w odpowiednich przypadkach jest bardzo dobry. Po przebiciu bowiem pęcherza ustaje ustalenie łożyska w dolnym odcinku jaja płodowego, błony płodowe przesuwają się ku górze a wraz z niemi i łożysko, które pomimo rozszerzania się dolnego odcinka macicy może do ścian jego przylegać. Zastosować można ten sposób atoli tylko wówczas, jeśli istnieją pewne warunki, a mianowicie skurcze macicy muszą być energiczne, aby pod ich działaniem część poprzedzająca mogła wstąpić niżej i wywierać stały ucisk na ścianę macicy. Najkorzystniej układają się zatem stosunki, jeśli przoduje wówczas główka, bo jako część twarda wywiera dostateczny ucisk na ścianę macicy. Jeśli atoli przoduje znaczniejsza część łożyska, jeśli bóle są słabe i jeśli wreszcie wskutek niekorzystnego położenia płodu część poprzedzająca nie może wstąpić niżej i wywrzeć pożądanego ucisku, sposób ten może nas zawieść i pomimo przebicia pęcherza może krwotok utrzymywać się dalej. To też sposób ten zastosować możemy jedynie w przypadkach, gdzie mamy brzeżne przodowanie łożyska lub też boczne, i to nieznacznych rozmiarów, pod warunkiem, że czynność porodowa jest energiczna a położenie płodu czaszkowe.

Co do techniki przebicia pęcherza płodowego przy łożysku przodującem, ważną jest rzeczą, aby go nie przebijać, uciskając nań palcem. W ten sposób bowiem palec uciskający na dolny odcinek jaja płodowego przesuwa go ku górze a wraz z nim i łożysko, powodując jego odklejenie a temsamem i zwiększenie krwawienia. By temu zapobiedz, najkorzystniej jest uchwycić pęcherz szczypczykami i przedrzeć go, pociągając ku dołowi. Jest to więc sposób bardzo dobry pod wspomnianymi warunkami, posiadający i tę zaletę, że jest prosty i, co ważniejsza, nieprzedstawiający wielkiego niebezpieczeństwa co do możliwości zakażenia.

2) Gorszym sposobem jest *tamponowanie* pochwy a to dlatego, że pomimo tamponady często krwawienie nie ustaje. Po wytamponowaniu pochwy powstaje ucisk jednostronny od strony pochwy w stronę miejsca łożyskowego, podczas gdy ucisk w przeciwnym kierunku tylko wówczas może powstać, jeśli silne bóle porodowe część poprzedzającą ku dołowi będą spychać. Zazwyczaj atoli tak niebywa, bo i bóle porodowe przy łożysku przodującem najczęściej są słabe i część poprzedzająca zwykle wysoko ustawiona. Ponadto, jeśli tamponujemy przy rozwartem nieco ujściu, może tampon wypełnić szyję macicy, wywierać ucisk na łożysko, przezco ono jeszcze więcej będzie się odklejać od ściany macicy a temsamem i krwotok stać się może coraz gwałtowniejszy. Wreszcie zarzucają niektórzy tamponadzie i tę wadę, że ułatwić ona moża zakażenie a to w ten sposób, że drobnoustroje z pochwy wprost za pośrednictwem tamponu przenosimy do miejsca łożyskowego, skąd przez otwarte światła żył przedostają się wprost do organizmu matki. Przy energicznej tamponadzie ryzykujemy więc dalsze odklejanie się łożyska, silniejsze krwawienie i ewentualnie zakażenie, przy lekkiem zaś wytamponowaniu pochwy działanie tamponu jest iluzoryczne.

Tamponada nie odpowiada więc celowi i zastosowanie jej jest bardzo ograniczone. Najczęściej jeszcze posługiwać się nią musi z konieczności praktyk, który na czas transportu chorej do zakładu tamponuje pochwę.

3) *Obrót skombinowany Braxtona-Hicksa* na nóżkę przy położeniach główkowych lub poprzecznych płodu, względnie sprowadzenie nóżki przy położeniu pośladkowem. Jest to jeden z najpewniejszych sposobów, a tem samem i najlepszy dla lekarza praktyka, nic też dziwnego, że w praktyce prywatnej cieszy się od dawna ogólnem uznaniem. Po dokonanym obrocie ustaje krwawienie głównie dlatego, że pośladki wstępują do miednicy małej i wywierają ucisk na łożysko w kierunku ściany macicy. O ile więc ucisk ten działa korzystnie na ustanie krwawienia, o tyle z drugiej strony upośledza on krążenie w uciśnionej części łożyska i to często

strzeganiu warunków do cięcia cesarskiego, mało jest przypadków łożyska przodującego, któreby się nadawały do tego zabiegu. Jako warunek stawia np. Nowak wyraźne żądanie rodzącej, że chce mieć koniecznie dziecko żywe. Przeważna część autorów atoli uznaje cięcie cesarskie za zabieg odpowiedni przy łożysku przzodującem i podziela w tym względzie zapatrywania Kröniga. Należą do nich Menge, Panków, Charles, Creen, M. Pherson, Scipiades, Parker-Davis, Koblank, Essen-Moeller. Inni jak Enea, Zweifel, Lefebre, Gusaków, Kupferberg nie oświadczają się jako bezwzględni zwolennicy tego zabiegu, lecz go nie odrzucają.

Küstner zasadniczo jest zwolennikiem Hystereuryzy przy łożysku przodującem. Co do cięcia cesarskiego, to uważałby je za wskazane jedynie w przypadku zupełnie czystym, a więc ani nie badanym ani nie tamponowanym, i to w razie silniejszego krwotoku w samym początku porodu. W takim razie przenosi cięcie cesarskie klasyczne w ciele macicy nad cięcie pozaotrzewnowe w dolnym odcinku, nie tylko z powodu obawy większego krwotoku, ale i ewentualnych trudności przy oddzieleniu fałdu otrzewny. Zastrzeżenia jego atoli nie pozwoliły mu dotąd na zastosowanie tego zabiegu. Rozumuje bowiem w ten sposób, że, jeśli wykonujemy cięcie cesarskie klasyczne z powodu ścieśnienia miednicy i osłabiamy macicę przez stworzenie w jej ciele blizny, to niema to dla tej osoby poważniejszego znaczenia, gdyż ścieśniona miednica przy następnej ciąży daje również wskazanie do cięcia cesarskiego. W ten sposób osłabiona przez bliznę macica nie przedstawia dla osoby ciężarnej żadnego niebezpieczeństwa, bo znów osobę tą rozwiążemy przy pomocy cięcia cesarskiego. Inaczej rzecz się ma po cięciu cesarskiem z powodu łożyska przodującego. Na wypadek ponownego zastąpienia osoba ta rodzić będzie sama, bo z wszelkiem prawdopodobieństwem nie będzie znów wskazania do cięcia cesarskiego. W takim razie osoba ta narażona jest na niebezpieczeństwo ewentualnego pęknięcia macicy w bliźnie. Przy cięciu cesarskiem w dolnym odcinku macicy niebezpieczeństwo to odpada i pod tym względem przyznaje Küstner słuszność zapatrywaniu Sellheima.

Stoeckel jest zwolennikiem cięcia cesarskiego śródotrzewnowego w dolnym odcinku macicy i operował dotąd zawsze z dobrym wynikiem. Utrata krwi przy tym zabiegu, zdaniem jego, jest daleko mniejsza, aniżeli przy innych sposobach leczniczych. Jako wielką zaletę cięcia cesarskiego przy łożysku przodującem podnosi Stoeckel okoliczność, że przy niem wykluczone jest wszelkie manipulowanie od strony pochwy, przezco unika się możliwości przeniesienia drobnoustrojów z pochwy w miejsce przyczepu łożyska. Naturalną jest rzeczą, że zabieg ten jedynie gwarantuje zmniejszenie śmiertelności płodów i to do najdalszej granicy możliwości.

Śmiertelność ta do zera nie spadnie nigdy, ponieważ pewien odsetek słabo rozwiniętych i niedonoszonych, choć żywo urodzonych, płodów po pewnym czasie obumiera, ale donoszone i dobrze rozwinięte płody najpewniej cięciem cesarskiem mogą być uratowane.

Sprawa cięcia cesarskiego przy łożysku przodującem nie jest ostatecznie załatwiona i nadaje się w całej pełni do dyskusji. Przedewszystkiem nie jest jeszcze ustalone, jakie przypadki do tego zabiegu się nadają i jakich kryterjów trzymać się należy przy ocenianiu wskazań do tego zabiegu. Z jednej strony możemy powiedzieć, że przypadki brzeżnego przodowania łożyska nie nadają się wcale do tego zabiegu. Z drugiej strony są przypadki, w których zabieg ten jest po prostu nieunikniony i jedyny. Byłyby to przypadki łożyska przodującego szyjnego (*Placenta praevia cervicalis dissecans*). Między niemi atoli są przypadki łożyska przodującego środkowego i bocznego. Pierwsze z nich, jak uczy doświadczenie, są bardzo niebezpieczne, mniej groźne są drugie. Ale również wiemy z doświadczenia, że przypadki bocznego przodowania łożyska kończą się nieraz śmiercią, podczas gdy rozpaczliwe przypadki środkowego przodowania łożyska udaje nam się nieraz uratować. Stosunki anatomiczne nie dają nam więc żadnych pewnych wskazówek. Ważną wskazówką może być ilość utraconej krwi czyli stopień niedokrewności danej osoby. Im rodząca jest więcej skrwawiona, tem więcej dbać winniśmy o to, aby ją rozwiązać przy jak najmniejszej utracie krwi, cięcie cesarskie nadaje się więc po temu najlepiej. Naturalnie, że przypadki zupełnie skrwawione należy inaczej oceniać. Zrozumiałą jest rzeczą, że przypadki zakażone i gorączkujące nie nadają się do tego zabiegu a nawet przypadki tamponowane już muszą być jako podejrzane uważane. Pewną jest rzeczą, że, jeśli się już decydujemy na ten zabieg, to winniśmy go wykonać jak najwcześniej, a więc w samym początku porodu, bo tylko wówczas spełni on swe zadanie, polegające na powstrzymaniu rozszerzania się dolnego odcinka a temsamem i krwotoku.

Bezsprzecznie mimo wielu kwestyj niewyjaśnionych i spornych możemy powiedzieć, że cięcie cesarskie w leczeniu łożyska przodującego stanowi poważną zdobycz, która niewątpliwie w przyszłości przyczyni się do uzyskania lepszych wyników tego bądźcobądź bardzo groźnego powikłania ciąży.

Na koniec podaję opis przypadku całkowitego przodowania łożyska, który przed niedawnym czasem miałem sposobność rozwiązać przy pomocy cięcia cesarskiego szyjnego transperitonealnego.

D. W. lat 33, przyjęta na klinikę 8/XII. 1921.

W wywiadach podaje, że rodziła 2 razy prawidłowo siłami przyrody, ostatnią regularność miała z końcem marca, tak że rozwiązania spodziewała się w pierwszej połowie stycznia 1922. Od szeregu lat pozostaje w leczeniu z powodu cierpienia serca, a z początkiem obecnej ciąży wystąpiły silne objawy niedomogi mięśnia sercowego, tak że lekarze domowi doradzali jej przerwanie ciąży, na co się atoli nie zgodziła.

W dniu, w którym przyjęta została do kliniki, zupełnie niespodzianie i bez żadnej wyraźnej przyczyny wystąpiło obfite krwawienie z części rodnych. Wezwany lekarz domowy, nie badając chorej, zarządził natychmiastowe przewiezienie jej do kliniki.

Badanie w chwili przyjęcia wykazało stan następujący: Ciepłota prawidłowa, tętno przyśpieszone nieregularne, przepuszczające co 3—4 uderzenie. Serce w wymiarze poprzecznym znacznie rozszerzone Nad końcem serca jakoteż nad tętnicami szmery bardzo wyraźne skurczowe i rozkurczowe. Obrzęk konczyn dolnych. Macica ciężarna sięga dnem 4 palce poniżej wyrostka mieczykowatego, płód żywy, główka jego zbacza na talerz biodrowy prawy. Wymiary miednicy prawidłowe.

Przy badaniu wewnętrznem znaleziono szyję przepuszczającą z trudnością jeden palec, drożną aż do ujścia wewnętrznego, w obrębie którego wyczuć można wszędzie utkanie łożyskowe. Przy ucisku na sklepienia wszystkie miało się uczucie, że powyżej ich jest opór rozlany podatny. Krwawienie przy badaniu nieznaczne.

Rozpoznano ciążę 9-cio miesięczną, położenie płodu żywego skośne i łożysko przodujące całkowicie u osoby z ciężką wadą serca. Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie ujścia żylnego lewego w okresie niewyrównania.

Zastosowano bezwzględny spokój, czopki z makowca i odpowiednie środki nasercowe. Przez następne 3 dni nie było żadnego krwawienia. Dopiero dnia 12|XII. wieczorem pokazały się jednorazowo ślady krwi, a dnia 13/XII. rano wystąpiło silne krwawienie z części rodnych przy równoczesnych słabych i rzadkich skurczach macicy.

Postanowiłem wobec tego nie czekać dłużej i przystąpić do zabiegu. Na wyraźne żądanie chorej, że za wszelką cenę życzy sobie mieć dziecko żywe, zdecydowałem się na wykonanie cięcia cesarskiego, i to w dolnym odcinku macicy. Oprócz życzenia chorej kierowała mną i ta myśl, aby w czasie porodu nie dopuścić do znaczniejszego upływu krwi, co ze względu na stan serca chorej mogło mieć fatalne następstwa.

W sposób zupełnie typowy wykonałem cięcie cesarskie szyjne śródotrzewnowe (*Sectio caesarea cervicalis transperitonealis*). Wydobycie płodu odbyło się bez żadnych trudności, poczem ręcznie wydobyłem łożysko, które w całości usadowione było w dolnym odcinku macicy, tak że środek jego znajdował się niemal nad samem ujściem wewnętrznem. Wydobycie łożyska o tyle było utrudnione, że znaczna jego część, zwłaszcza po stronie lewej i od tyłu tuż naokoło ujścia wewnętrznego, była silnie przyczepiona. Po wytamponowaniu macicy gazą kseroformową zaszyłem ranę dolnego odcinka trójwarstwowo, a wreszcie w typowy sposób powłoki brzuszne. Krwawienie było minimalne, tak że ilość utraconej przez chorą krwi w czasie całego zabiegu ocenić można co najwyżej na 100 gr.

Dodać winienem, że operację wykonałem w celu uniknięcia uśpienia inhalacyjnego ze względu na stan serca matki w znieczuleniu epiduralno-lumbalnem sposobem Rodzińskiego nowocainą, której wstrzyknięto z 1%-owego roztworu do rozworu kości krzyżowej (*hiatus sacralis*) 30 cm^3 a do kanału rdzeniowego, w wysokości pomiędzy 2-gim a 3-cim kręgiem lędźwiowym, 4 cm^3. Znieczulenie było zupełne.

Płód wydobyty ważył 2800 gr, zupełnie dobrze zbudowany rozwija się dobrze. Obecnie (4/I. 1922) waży 3209 gr. Łożysko du-

że o rozmiarach 21×28 cm, kształtu nieregularnego, grubości 1½—2 cm. W samym jego środku wyraźnie zaznacza się część, która uległa odklejeniu, co dowodzi niezbicie, że ta część umiejscowiona była bezpośrednio tuż nad okolicą ujścia wewnętrznego.

Przebieg pooperacyjny o tyle był zamącony, że drugiego dnia wystąpiły znów silne objawy niedomogi serca, które przy odpowiedniem leczeniu po kilku dniach ustąpiły. Rana pooperacyjna zgojona przez rychłozrost.

Nie chcę i nie mogę na podstawie tego jednego przypadkn wysnuwać daleko idących wniosków co do wartości cięcia cesarskiego przy łożysku przodującem. Mam to głębokie przekonanie, że u naszej chorej zabieg ten był jedyny, który jej gwarantował najlżejsze rozwiązanie i że przy zastosowaniu innego zabiegu los jej mógł być zupełnie inny. To też zamiar rozwiązania jej w ten a nie w inny sposób powziąłem w chwili, skoro tylko rozpoznałem całkowite przodowanie łożyska. Zapewne, że życzenie chorej, aby mieć koniecznie żywe dziecko, ułatwiło mi decyzję, ale nie było ono jedynym bodźcem mego postępowania.

W każdym razie przypadek nasz dowodzi, że w cięciu cesarskiem posiadamy dzielny środek leczniczy przy łożyskn przodującem, który, zdaniem mojem, w odpowiednich przypadkach, winien znaleźć jak najszersze zastosowanie.

Dr. Henryk Sochański. Lwów.

O zatruciu rybami.

(Z opisem przypadku).

Z kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie
(dyrektor: prof. dr. Rencki).

Wiadomą jest rzeczą, że zatrucia pokarmami występują zazwyczaj gromadnie. Objawy zatrucia u poszczególnych osobników mogą być rozmaite zależnie od przeróżnych okoliczności i tak nieraz odmienne, że jedynie przynależność chorego do grupy ludzi, którzy równocześnie spożyli jakąś potrawę i zaraz potem zaniemogli, pozwala na zorjentowanie się co do właściwej przyczyny schorzenia. Przedmiotem niniejszego artykułu jest opis zatrucia u osobnika, który wspólnie z kilku innymi spożył nieświeżą rybę. Wszyscy zachorowali, jeden zmarł niebawem, drugi leczył się w szpitalu powszechnym, trzeci, najlżej chory, pozostał w opiece domowej, a czwarty został przeniesiony do kliniki. Historja choroby tego ostatniego przedstawia się w skróceniu w sposób następujący:

Dnia 18 lipca 1920 przywieziono do kliniki mężczyznę lat 53 liczącego, który podał, że 10. VII zachorował nagle po spożyciu marynowanej ryby (z puszki). Choroba zaczęła się wymiotami, gwałtownem pragnieniem i sennością. Przypuszczając, że przyczyną wspomnianych objawów był błąd djetetyczny, zażył olej rącznikowy Mimo dobrego wypróżnienia stan się nie poprawił. 18. VII. zauważył chory, że gorzej widzi. 17. VII. wystąpiło podwójne widzenie, chrypka, utrudnienie oddechania i połykania (pokarmy stałe) oraz zaburzenia w oddawaniu moczu. W nocy z 17. na 18 VII. gwałtowny napad duszności, 18 VII. przewieziono chorego do kliniki.

Stan obecny. Wzrost średni, budowa kośćca prawidłowa, odżywienie nieco podupadłe. Skóra sucha, prawidłowo zabarwiona. Ciepłota ciała 37·2° C. Gałki oczne prawidłowo ustawione, przy spoglądaniu w bok lekki oczopląs. Spojówki zaczerwienione. Źrenice okrągłe, równe, bardzo szerokie, nie oddziaływujące na światło, a bardzo słabo na akkomodację. Nos drożny. Nerwy V. i VII. nie okazują szczególniejszych zboczeń od stanu normalnego. Błona śluzowa jamy ust silnie czerwona. Język bardzo obłożony, suchy. Gardło zaczerwienione. Łuki podniebienne są prawidłowo ruchome. Głos ochrypły. Przy wdechu słyszalny zdala szmer cieśniowy. Klatka piersiowa prawidłowo zbudowana. Ruchomość jej i drżenie głosowe po stronie prawej wyraźniejsze. Wypuk nad płucami jawny, granice dolne z tyłu nieco obniżone, ruchome. Przysłuchem stwierdza się nad całą klatką piersiową wspomniany już powyżej szmer cieśniowy w czasie wdechu. Serce powiększone nieco wypukiem w rozmiarze podłużnym. Pierwszy ton nad końcem serca głuchy, drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany, nad aortą i zastawką trójdzielną po dwa głuche tony. Tętno miarowe, dobrze napięte, 70 na minutę. Brzuch wzdęty, niebolesny, wątroba na palec obniżona, śledziona nie powiększona. Nad resztą brzucha wypuk jawny bębenkowy. Gruczoły pachwinowe niepowiększone. Kończyny dolne nieobrzękłe. Odruchy kolanowe prawidłowe. Badanie laryngologiczne (Dr. Lehm) wykazuje stan odpowiadający obustronnemu porażeniu nerwu krtaniowego dolnego (*n. recurrens*).

Badanie okulistyczne (Dr. Musiał) stwierdza porażenie akkomodacyjną i obustronne zapalenie nerwu wzrokowego. Tarcza nerwu wzrokowego brudno-szara, o granicach zamazanych. Naczynia tętnicze wąskie, żyły grube, zwłaszcza w oku lewem, pokryte częściowo wysiękiem.

Badanie krwi dało wynik następujący: Ciałek czerwonych 4,200.000. Procent hemoglobiny 80. Ciałek białych 6.500, a wśród nich procentowo: 65 leukocytów wielojądrzastych o ziarnistości obojętnochłonnej, 1·5 leukocytów wielojądrzastych o ziarnistości kwasochłonnej, 26·5 limfocytów małych, 2·5 limfocytów dużych i 4·5 leukocytów jednojądrzastych zasadochłonnych.

Mocz przejrzysty, prawidłowo zabarwiony, kwaśny o ciężarze gatunkowym 1 020, bez białka i cukru.

Odczyn Wassermanna w surowicy krwi z wynikiem ujemnym

Badanie neurologiczne (Doc Rothfeld) wykonane 24. VII. przedstawia stan chorego w następujący sposób: Źrenice okrągłe, lewa nieco szersza, ze śladami oddziaływania na światło. Brak reakcji na akkomodację. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Konwergencja dobra. Bolesność gałęzi nerwu trójdzielnego. Czucie twarzy prawidłowe. Język suchy z wystającemi brodawkami. Prawy łuk podniebienny niższy. Języczek zbacza w prawo. Podczas fonacji oba łuki podniebienne prawidłowo się poruszają. Odruch gardłowy zachowany. Siła motoryczna kończyn górnych w stosunku do muskulatury słabsza. Bolesność pni nerwowych na ucisk. Odruchy zachowane. Brak ataksji i drżenia. Odruch brzuszny zachowany. Siła motoryczna kończyn dolnych znacznie zmniejszona. Wychodzenie na krzesło jedną nogą utrudnione. Chód bez zaburzeń. Odruchy kolanowe żywe Odruch ścięgna Achillesa zachowany. Pnie nerwowe kończyn dolnych na ucisk tkliwe. Mięśnie wiotkie. Odruch podeszwowy obustronnie zachowany Objaw Babińskiego ujemny. Przy próbie piętowo-kolanowej niepewność w chwili zbliżania się do celu. Czucie skórne i głębokie zachowane. Objaw Romberga ujemny.

W nocy z 26 na 27. VII. wystąpił silny atak duszności. Laryngolog stwierdza 27. VII. znaczne przekrwienie i obrzęk błony śluzowej krtani. Szpara głosowa 1—2 mm szeroka. Duszność tak gwałtowna, że musiano poczynić przygotowania do ewentualnej tracheotomji.

28. VII. duszność się zmniejsza, kaszel, chrypka, zaczerwienienie gardła, objawy nieżytu oskrzelowego. Przepisano wodnik terpinowy 3×dz. po 0·15 gr.

30 VII. stan podmiotowy i przedmiotowy lepszy. Źrenice oddziaływują dość dobrze na światło (poprawa od 2 dni widoczna). Nieżyt dróg oddechowych mniejszy.

9. VIII. Badanie okulistyczne stwierdza: Vpr. $^6/_8$, Vl $^6/_{12}$ (szkła nie poprawiają), tarcza nerwu wzrokowego nieco atroficzna.

13. VIII. znajduje laryngolog utrzymujące się jeszcze przekrwienie i obrzęk błony śluzowej krtani. Ruchy więzadeł głosowych prawidłowe.

16. VIII. stan pomyślny, chrypka ustąpiła.

17. VIII. nie stwierdza okulista szczególniejszej różnicy w porównaniu z badaniem poprzedniem. Chory opuszcza klinikę w stanie nagół dobrym.

Widzimy, że mieliśmy tu do czynienia z następstwami zatrucia spożytą rybą. Chory nie zauważył, że ryba jest nieświeża, gdyż nie miał prawdopodobnie żadnego na to dowodu. Wiadomo, że nieraz bardzo trujące ryby mogą nie cechować się ani wyglądem ani zapachem i smakiem. Trucizny wytwarzające się czasem w rybach nie mają bowiem wyraźnego zapachu, a ilości ich dające powód do zatrucia mogą być tak nieznaczne, że i smaku potrawy zmienić nie zdołają; trzeba wreszcie pamiętać i o tem, że ryby bywają zazwyczaj podawane z pewnemi przyprawami kuchennemi, które swym zapachem i smakiem mogą zakryć w zupełności zapach i smak właściwej potrawy.

Objawy zatrucia bywają rozmaite, zależnie od rodzaju trucizny. Jak wiadomo mogą być ryby w dwojaki sposób powodem zatrucia a mianowicie:

1) mogą same zawierać w sobie trucizny

albo 2) mogą stać się trującemi dopiero po zadziałaniu na nie pewnych drobnoustrojów, wytwarzających bądźto własne toksyny, bądźto rozkładające substancje białkowate zawarte w rybie i produkujące stąd zasadowe mocno trujące substancje (ptomainy).

O właściwych rybach trujących wiadomo już od najdawniejszych czasów. Wiedzieli o nich jeszcze Arystoteles, Nikander, Oppian i Pliniusz. Naukowo zajęli się tą sprawą G. J. Allmann, a później Bayerley, Günther, Gresin i Gothard.

Pomijając ryby zatruwające przez ukąszenie lub ukłucie kolcami (cierniopromienne), gdyż te nie wchodzą w grę przy zatruciach alimentarnych, należy przejść do ryb, których pewne narządy zawierają truciznę i w razie przypadkowego dostania się do potraw mogą być przyczyną zatrucia. Wiele jadalnych gatunków, jak np. karp, lin i szczupak, mają w narządach wewnętrznych, a zwłaszcza w wątrobie, jakoteż w organach płciowych jad, który, dostawszy się do potraw, może wywołać gwałtowne objawy żołądkowo-jelitowe. Bardzo silnie działa wątroba i ikra niektórych

ryb, jak najeżka i przekrętwa. Badania Tagahaskiego, Inoka i Tahary stwierdziły w nich dwa ciała, wywołujące podrażnienie żołądka i kiszek, porażenie motorycznych zakończeń nerwowych w mięśniach, ośrodka naczynioruchowego i oddechowego. W Japonji kończy się 73% zatruć przekrętwą zejściem śmiertelnem. Wiadomo dalej, że nieczyszczone słoną wodą minogi powodują krwotoczne zapalenie błony śluzowej żołądka i kiszek. Dostają się bowiem wtedy do potraw wydzieliny ich gruczołów skórnych. Istnieją i ryby całe trujące, jak np. węgornica. Według Mossa zawiera ona w surowicy krwi toxalbuminę powodującą niekrzepliwość krwi ludzkiej, podrażniającą, a potem porażającą ośrodek oddechowy oraz ośrodki sercowe i układ nerwowy centralny. Duże dawki jadu porażają bez poprzedniego podrażnienia. Gotowanie, kwas solny i pepsyny niszczą omawianą truciznę. Podobnie trującą jest surowica krwi minogów i tuńczyka (Cavazzani, Maracci).

Częściej od poprzednich zdarzają się zatrucia rybami zepsutemi.

W zabitych, a czas jakiś przechowywanych rybach, mogą żyć najrozmaitsze drobnoustroje. Jednym z ogólnie znanych drobnoustrojów jest tutaj lasecznik zatrucia kiełbasianego, przebywający czasem obok odmieńca i innych drobnoustrojów w starych kiełbasach, pasztetach, nieświeżych solonych rybach, konserwach z jarzyn itp. Wydziela on prawdziwą toksynę (v. Ermangem, Brieger, Kempner), niszczoną w ciepłocie + 80° C, a nieczułą na działanie enzymów trawiennych. Sam lasecznik nie żyje w ustroju ludzkim, ale jego toksyna wywołuje ciężkie zatrucia, jeżeli znajdowała się w potrawie i z nią została spożytą. Nazwy otrucia są różne, zależnie od zatrutego pokarmu: *botulismus*, *allantiasis*, *ichtyosismus* i i. Występuje ona w 24 do 36 godzin po spożyciu. Objawia się opadnięciem powiek, rozszerzeniem źrenic, porażeniem akkomodacji, podwójnem widzeniem, zawrotami głowy, suchością błon śluzowych, bezgłosem, utrudnieniem połykania, bezmoczem i zaparciem stolca. Mniej typowe zatrucia przebiegają z wymiotami, biegunką i różnemi objawami nie cechującemi właściwego zatrucia. Śmierć może nastąpić wśród objawów zupełnego porażenia ośrodków rdzenia przedłużonego.

Lasecznik zatrucia kiełbasianego nie jest, jak już wspomnieliśmy, jedynym drobnoustrojem, mogącym sprowadzić zatrucie. Często wywołują je inne bakterje, a zwłaszcza gnilne, wśród których odmieniec (*b. proteus*) ważną odgrywa rolę. Polega ono bądźto na działaniu toksyn bakteryjnych, bądźto ptomain, powstających z rozpadu białka.

Zależnie od ilości jadu wywołuje on albo zaburzenia żołądkowo-jelitowe albo objawy podobne do zatrucia alkaloidami roślinnemi, zwłaszcza atropiną (ptomaina Koberta) a rzadziej muskaryną (w przypadku Sabbyego).

Co do naszego przypadku, należy zadać sobie pytanie, z jakim rodzajem zatrucia rybami mieliśmy tu do czynienia.

Ryba, którą chory spożył, była, według jego podania, łososiem, który do ryb jadowitych nie należy. Mogła tu więc wchodzić w rachubę jedynie intoksykacja substancjami wytworzonemi w rybie działaniem drobnoustrojów w czasie jej rozkładu. Objawy chorobowe zgadzają się wprawdzie pod wielu względami z typowym obrazem botulizmu, ale nie dają się ze wszystkimi szczegółami włożyć w jego ramy, nie wyklucza to jednak tego, iż jad wytworzony przez lasecznik zatrucia kiełbasianego był tu przecież przyczyną zatrucia. Trzeba bowiem wiedzieć, że pewne odstępstwa od typowego obrazu można kłaść na karb osobniczych własności organizmu chorego, a wreszcie nie należy zapominać o tem, że trucizna wywołać może różne zespoły objawów, zależnie od wielkości dawki. Wynikiem zaś tych wszystkich czynników jest dopiero obraz chorobowy.

W naszym przypadku, mimo wszystko, mieliśmy najprawdopodobniej do czynienia z botulizmem, ale przebiegającym nie całkiem typowo i stąd zasługującym na wyszczególnienie.

Józef Goldfeil cand. med. Warszawa.

Leczenie nieswoiste i jego zastosowanie przy zimnicy.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych mjr. lek. Wretowskiego (kierownik oddz. ppułk. lek. Bronowski) w Okr. Szpit. Mokot. W. P. w Warszawie.

Choroba zakaźna jest przejawem walki między makroorganizmem, a atakującemi go mikroorganizmami. W walce tej ustrój nie jest bezbronny, posiada on liczne środki ochronne przyrody humoralnej i komórkowej. Od tego arsenału obronnego, od wydolności czynnościowej ustroju, zależy wynik walki.

A więc celem naszym winno być stworzenie odpowiednich do zwalczenia zakażenia warunków, spotęgowanie środków obronnych ustroju i zwiększenie jego odporności. Normalne procesy fizjologiczne wskazują nam drogę do osiągnięcia tego celu. Już w zwykłych warunkach odbywa się w ustroju ciągły rozpad komórek tkankowych, produkty tego rozpadu są bodźcem dla czynności narządów. Bez tych bodźców niemożliwe jest życie (Kolly [1]). To też osiągnąć największe nasilenie tych bodźców, podtrzymywać wytwarzanie się ich w chwili, gdy słabną procesy, będące wyrazem sprawnego działania ustroju, wywołać ogólne wzmożenie czynnościowe zarodzi (Weichardt), to znaczy podtrzymywać życie, wzmacniać je, gdy grozi porażka w walce z przeciwnikiem.

Wprowadzając do ustroju pozajelitowo, śródmięśniowo, lub podskórnie, istoty białkowe, terpentynę, błękit metylenowy i inne obce ciała, wywołujemy rozpad komórek tkankowych, zastrzykując śródżylnie hypertoniczne roztwory NaCl, mocznika, cukru gronowego, a nawet zwykłą wodę destylowaną (Starkenstein [2]), wywołujemy rozpad leukocytów i płytek Bizozzera (Dresel [2]). Powstałe produkty rozpadu są temi bodźcami, które potęgują normalne czynności komórek i narządów, przedewszystkiem tych, od których zależna jest walka ustroju z zakażeniem, a więc szpiku kostnego i innych narządów krwiotwórczych. Powstają tu przedewszystkiem istoty służące do wydzielenia wprowadzonych do ustroju antigenów, a pozatem i wszystkie inne obronne ciała w zwiększonej ilości. Pozajelitowo wprowadzone obce ciało, jako bodziec nieswoisty, zostaje automatycznie przeobrażone w swoistą postać energji («Kraftform») i daje impuls do wytwarzania niweczników, skierowanych przeciw wywołującym chorobę drobnoustrojom (Mueller [3]). I oto wszystkie rozporządzalne siły obronne ustroju, w znacznej części przeobrażone w potrzebną w danej chwili postać swoistą, zostają zmobilizowane i rzucone na zagrożone placówki.

Te siły obronne ustroju pragnęliśmy wykorzystać i, spotęgowane, skierować przeciwko jednej z największych plag powojennych, zimnicy. W przebiegu zimnicy, jak i każdej innej choroby zakaźnej, znaczną rolę odgrywa odporność osobista ustroju. Wpływa ona na mniejszą lub większą intenzywność schorzenia, na trwanie lub prędkie wygaśnięcie zakażenia. Głód i chłód czasów wojennych i powojennych, straszne nieraz warunki higjeniczne, więcej niż niedostateczne odżywianie, były przyczyną ogólnego wycieńczenia i znacznego osłabienia zdolności obronnych organizmu. Stąd tak ciężki przebieg, przewlekłość i częste nawroty, podczas tegorocznej epidemji zimnicy.

Na znaczenie odporności osobistej w przebiegu zimnicy zwraca naszą uwagę Guido Cremonese [4]). Twierdzi on, że zależnie od stopnia odporności mamy bądź zupełną niewrażliwość na zakażenie (odporność bezwzględna), bądź najrozmaitszy przebieg kliniczny: od postaci lekkich (czwartaczka, trzeciaczka) do najbardziej złośliwych (zimnica podzwrotnikowa), doprowadzających do charłactwa i śmierci.

I rzeczywiście, Celli i Elting [5]) opisują przypadki zupełnej niewrażliwości przy zastrzykiwaniu zakażonej krwi lub ukąszeniu przez zakażone komary. Elting zastrzykiwał krew osobników chorych na zimnicę podzwrotnikową i wywoływał zakażenie, natomiast próby zakażenia trzeciaczką, *ceteris paribus*, spełzły na niczem. Obrona ustroju w ostatnim przypadku wobec łagodniejszej postaci zimnicy okazała się wystarczającą, przy cięższej zimnicy podzwrotnikowej musiała skapitulować.

Urządzenia obronne naszego ustroju starają się nie dopuścić do wybuchu choroby, z chwilą zaś, gdy to nastąpiło, zdążają one do zahamowania dalszego rozwoju, zniszczenia i zupełnego unieszkodliwienia wywołujących ją pasorzytów. Jak wykazały badania Cremonese'go, nawet przy zwykłem leczeniu przeciwzimniczem, chinina ma znaczenie pośrednie w zwalczaniu zakażenia: stwarza ona tylko odpowiednie warunki,

dzięki którym niweczniki mogą rozpocząć swą zbawienną dla ustroju pracę. Jak wiemy, pierwotniaki zimnicy tylko w pewnym okresie swego rozwoju mogą być zniszczone we krwi obwodowej, jedynie postacie młode, powstałe bezpośrednio po schizogonji, a więc merozoity, giną pod wpływem chininy, według panującego ogólnie poglądu, pod wpływem zaś ciał odpornościowych ustroju, w myśl badań Cremonese'go [5]). Jest to jednocześnie ten okres w życiu pasorzytów, kiedy wywołują one atak zimniczy. Chwila więc największego niebezpieczeństwa, grożącego z ich strony ustrojowi, jest chwilą najmniejszej odporności pasorzytów. Jest to chwila, gdy ze zwycięzców mogą się stać zwyciężonymi. I oto, chroniąc się przed porażką, przedostają się do czerwonych ciałek, już niedostępne dla działalności niweczników. Tu rozpoczyna się działalność chininy: posiadając dodatnią chemotaksę w stosunku do czerwonych ciałek, przenika ona do nich, wypędza z nich pasorzyty i rzuca je na pastwę krążącym we krwi przeciwciałom (Cremonese).

I rzeczywiście, Antolisci i Marchiafava [5a]) brali na szkiełko krew podczas napadu zimniczego, dodając ostrożnie pod szkiełko pokrywkowe kilka kropel roztworu chininy, przekonali się o wychodzeniu pasorzytów z czerwonych ciałek. Za tem przemawiałby również i fakt, że we krwi osobników z zimnicą, przyjmujących chininę, rzadko spotykamy krwinki zawierające pasorzyty.

A więc, główną rolę przy zwalczaniu zakażenia, według Cremonese'go, odgrywają ciała odpornościowe ustroju. Fuerst, Arneth, Kayser i Petersen [6a]) opisują przypadki spontanicznego wyleczenia zimnicy bez stosowania chininy; spostrzegane w ciągu 2 miesięcy nie dały one nawrotów. Plewny [6a]) wykazał we krwi osobników z zimnicą parazytolysiny i precypitiny. Nie mniej jednak ważną rolę odgrywa tu fagocytująca działalność elementów siatki i śródbłonka śledziony, wątroby, szpiku kostnego i mózgu (Helly [6a]). Na rolę limfocytów i jednojądrzastych, których ilość przy zimnicy jest stale zwiększona, wskazują badania Bergel'a [7]). Twierdzi on, że ciałka te posiadają własności hemo- i lipolityczne o charakterze poniekąd swoistym. I rzeczywiście, surowica osobników z zimnicą działa aglutynująco i hemolitycznie na czerwone krwinki osób zdrowych (Festa, Grixoni, Le Monaco, Panichi [7a]). Działanie to zależne jest od wydzielanego przez komórki jednojądrzaste zymogenu, posiadającego własności dwuchwytnika; wiążąc się z dopełniaczem daje on odpowiednie »lizyny«, w danym przypadku hemolizyny. One to, znajdując się we krwi osobników chorych na zimnicę, działają litycznie na czerwone ciałka, osłabione w swej odporności przez niszczącą działalność pierwotniaków. W wyniku młode postacie pasorzytów, po rozpadzie czerwonych krwinek, zostają wyrzucone do krwi na pastwę niwecznikom.

A więc limfocyty i jednojądrzaste wykonywałyby tę samą czynność, jaką przy zabiegach leczniczych pełni chinina, z tą tylko różnicą, że dochodzi tu do znacznego rozpadu czerwonych ciałek, czego przy działaniu chininy nie widzimy. Zatem przemawiałyby nieraz bardzo ciężkie postacie niedokrwistości, spostrzegane w przebiegu zimnicy. To przypuszczenie, odpowiadające poniekąd poglądom Cremonese'go, zdaje się być bliższe rzeczywistości, niż przypuszczenie Bergel'a, który, widząc w pierwotniakach twory o charakterze lipoidowym, objaśnia tak charakterystyczną dla zimnicy przewagę limfocytów i jednojądrzastych, dążeniem ustroju do lipolitycznego rozszczepienia tych zarazków. Nie jest jednak wykluczone, że i ten sposób walki z pasorzytami może być wykorzystany przez ustrój; przyczem lipoliza może się odbywać, jak na zewnątrz, tak i wewnątrz limfocytów i jednojądrzastych. Zweig i Matko [6a]) stwierdzili obecność ziarenek barwika wewnątrz monocytów. Byłby to produkt, powstały wskutek lipolitycznego rozszczepienia pasorzyta, zawierającego barwik, czy też zwykła fagocytoza?

Widzimy więc, jak bogaty jest arsenał obronny naszego ustroju, i jak wielką rolę przy zwalczaniu zimnicy odgrywają jego urządzenia ochronne. Posiada to dla nas tem większe znaczenie, że jedyny mniej więcej radykalny środek, jakim rozporządzamy przy zimnicy, chinina, zawiodła pokładane w niej nadzieje. Wprost do wyjątków należą przypadki, gdzie pod jej wpływem nastąpiło zupełne wyleczenie: prawie zawsze dochodziło tylko do chwilowego uspokojenia sprawy chorobowej, do przejścia jej w okres utajony. Spostrzegane przez nas przypadki są właśnie tego bezpośrednim dowodem. Z ogólnej liczby 300 chorych na zimnicę, leczonych na naszym oddziale, 85 % przypada na przypadki stare, gdzie zakażenie nastąpiło przed rokiem, dwoma, nawet trzema laty. Mimo dokładnie przeprowadzonego leczenia chininą, miewali oni częste nawroty, w okresie zaś pozornego zdrowia byli osłabieni, często, przeważnie wieczorami, występowały ciepłoty podgorączkowe w połączeniu z ziębieniem i bólem głowy, krew wykazywała charakterystyczne dla przewlekłej zimnicy zmiany. I nagle następował typowy napad zimniczy. Chinina powodowała znów zacisze i w niedalekiej przyszłości nowy napad.

Toteż, przekonawszy się o niezbyt pewnem działaniu chininy, przeszliśmy do leczenia nieswoistego. Opierając się na badaniach Muehlensa [8]), zaczęliśmy stosować śródżylne zastrzykiwania winianu antymonylopotasowego (*tartarus stibiatus*) w dawkach po 0,04—0,06—0,08.

W 3 przypadkach nie osiągnęliśmy żadnego wyniku; w dwóch innych, po przypadkowem zastrzyknięciu *tart. stib.* pod skórę, wytworzył się ropień aseptyczny, o typie »*abcès de fixation*«; w tydzień później, po wypuszczeniu ropy, ciepłota spadła do normy i ustąpiły wszystkie objawy utajonej zimnicy; w ciągu 6 tygodni, chorzy ci czuli się zupełnie dobrze, nie gorączkowali, powrócił apetyt i siły.

Zachęceni tym wynikiem, przeszliśmy do dalszych prób. Punktem wyjścia były dla nas prace Botazzi'ego, v. d. Veldena i Stejskala [9]). Stosowane przez tych autorów śródżylne wlewania hypertonicznych roztworów cukru gronowego i NaCl, miało dla nas podwójne znaczenie. Z jednej strony, płyny te, wywołując wzmożony rozpad płytek Bizozzera i leukocytów, były czynnikiem, potęgującym siły obronne ustroju (aktywowanie zarodzi, Weichardt). Z drugiej zaś strony wywoływały one zachwianie równowagi między krwią a tkankami; bezpośrednio po zastrzyknięciu, jak to wykazały badania Stejskala [9]), rozpoczynało się przechodzenie płynów tkankowych do krwi, po 20 godzinach następował okres powtórnego przesączania się do tkanek płynnych części krwi. Nic prostszego, jak wykorzystać te warunki dla celów leczniczych przy zimnicy, przy której tak często pasorzyty z krwi obwodowej usuwają się do narządów wewnętrznych. Zastrzykując chininę śródmięśniowo, przy prądzie skierowanym w stronę naczyń, i śródżylnie przy powrotnem zagęszczaniu krwi, osiągamy jak gdyby przemycie ustroju, skierowujemy chininę do najodleglejszych zakątków naszego ciała. Pozatem w pierwszym okresie pasorzyty zostają pociągnięte przez płyny tkankowe do naczyń, gdzie ulegają zabójczemu działaniu niweczników. Wobec znacznych zmian, wywoływanych przez hypertoniczne roztwory NaCl, a polegających na zmianach zwyrodnienia miąższu wątroby, nerek i mięśnia sercowego oraz obrzęku mózgu (Achard, Paisseau, Roessle, Nuernberger [10]), stosowaliśmy tylko hypertoniczne roztwory cukru gronowego, dla ustroju zupełnie nieszkodliwe, a nawet potrzebne, jako istota odżywcza, dla sprawnej działalności mięśnia sercowego (Buedingen). I ten ostatni czynnik przy tak częstem przy zimnicy wychudzeniu, osłabieniu, a nawet charłactwie, posiadał dla nas duże znaczenie.

Chininę stosowaliśmy śródżylnie i śródmięśniowo. Zwłaszcza autorowie francuscy (Génévrier [12]) przywiązują wielką wagę do pozajelitowego wprowadzania chininy. Przy zastrzykiwaniach śródmięśniowych osiągaliśmy zmagazynowanie chininy w miejscu zastrzyknięcia, skąd w miarę potrzeby mogła być ona wydzielana do krwioobiegu. Badania Marianiego [12]) na królikach wykazały w miejscu zastrzyknięć po upływie 17 godzin obecność $^2/_3$ wprowadzonej śródmięśniowo chininy. Cahn-Bronner [14]) stwierdził magazynowanie chininy pod skórą (przy zastrzykiwaniach podskórnych); krew wykazywała większe i dłużej trwające stężenie chininy, niż przy wchłanianiu z jelit; w narządach wewnętrznych można ją było wykryć w długi czas po zniknięciu z krwi. Powyższe badania zdają się przemawiać za przewagą pozajelitowego

wprowadzania chininy nad zwykłem (*per os*); łatwiej osiągamy tu warunki, dzięki którym ustrój w ciągu dłuższego czasu znajduje się pod jej wpływem. Pozatem cała ilość wprowadzonej chininy zostaje wykorzystana, odpada bowiem możliwość niezupełnego jej wchłaniania, jak to może mieć miejsce w jelitach przy przyjmowaniu przez usta.

Obawy przed martwicą są niezbyt uzasadnione: Neumann 15), stosując chininę-urethan podskórnie w 835-ciu przypadkach, miał tylko jeden raz powikłanie w postaci ograniczonej martwicy; my, stosując śródmięśniowe zastrzykiwania chininy z antipiryną, nie mieliśmy żadnych powikłań przy ogólnej liczbie 700 zastrzyknięć, jedynym przykrym objawem była bolesność, utrzymująca się dość długo w miejscu zastrzyknięcia.

Stosowaliśmy przy zastrzykiwaniach śródmięśniowych chininę z antipiryną według Laverana (Rp. chin. mur. 0.5 Antipyr. 0,3 Aqu. dest. 4,0), przy zastrzykiwaniach śródżylnych ampułki Chin. Ureth. a 0,4, rozcieńczając w 10 cm.^{3} fizjol. roztworu NaCl. Podczas przerw w podawaniu chininy stosowaliśmy podskórnie kakodylat sodu.

Osiągnięte przez nas wyniki były bardzo dobre: uporczywe postacie zimnicy przewlekłej, z charakterystycznemi dla niej stanami podgorączkowemi, bólami głowy itd. powodowały nagły zwrot ku wyzdrowieniu; objawy chorobowe ustępowały; niebezpieczeństwo nawrotów zostało usunięte prawie we wszystkich przypadkach (wielu chorych jeszcze obserwujemy dotychczas: w ciągu 4—5 miesięcy nie mieli oni nawrotu).

Bardzo nieliczne przypadki, w których zastrzykiwania chininy nie dały wyniku dodatniego, wykazały nagłą poprawę przy połączeniu leczenia chininą z śródżylnemi wlewaniami cukru gronowego (30 cm^3 25 % glukozy). W 2 przypadkach udało nam się osiągnąć zupełne wyzdrowienie z chwilą, gdy po tygodniowem stosowaniu zastrzyknięć chininy znów przeszliśmy do zwykłych dawek przez usta (*in dosi refracta*).

Leczenie przeprowadzaliśmy według poniższego schematu:

Dzień	Podczas lub bezpośredn. po napadzie.	w okresie utajenia	przypadki b. uporczywe.	
1	zastrz. śródż. Chin. Ureth. 0,8 (0,4) po 8 god. Chin. Ureth. 0,4, albo 3 zastrz. śródm Chin. antip. â 0,5, (rano, popoł. i wiecz.)	2 zast. śródm. chin. antip. â 0,5 (rano i wiecz.)	śródm. Chin. antip. 0.5. śródżylnie 30 cm^3 25 % glukozy, po 8 godz. Chin. antip. 0,5 śródmięśniowo, po 20 godz. Chin. Ureth. 0,4 śródżylnie.	1 i 2 dzień.
2—6	2 zastrz. śródm. chin antip. â 0,5 (rano i wiecz.)		po poł. i wiecz. tegoż dnia (2 dzień) Chin. antip. â 0,5, 3 i 4 dzień 2 razy dziennie Chin. antip. â 0,5. 5 i 6 dzień, jak 1 i 2 dnia.	
10—11	„	„	„ „	
16—22	„	„	2 razy dziennie śródm. zastrz. Chin. antip. â 0,5.	

Piśmiennictwo:

1) Rolly. M. m. W. N. 27. 1921. 2) Przyt. Prinza. M. m. W. N. 38. 1921. 3) Mueller. Zeitschr. für klin. Med. 91. 5—6. 4) Guido Cremonese, przyt. wg. Bull. de l'Inst. Pasteur N. 14. 1921. 5) G. Cremonese. Zeitschr. für Hyg. u Infektions- Kr. 92/3. 1921. 5 a) przyt wg Guido Cremonese'go. 6) Fuerst, Ergebn. d. Hyg., Bakt., Immunit. u. exp. Therapie. T. IV. 1920. 7) Bergel. Die Lymphocytose, Erg. d. Inner. Med. u. Kinderkr. T. XX. 1921. 8) Muehlens. D. m. W. N. 94. 1920. 9) Stejskal. W. Kl. W. N. 4—6—13. 1921. 10) Nuernberger. D. Arch. für Klin. Med. 136/3—4. 11) Buedingen. Ernährungsstörungen d. Herzmuskels 1917. 12) Génévrier. Bull. Soc méd. milit. franc. T. XV. 1921. 13) Mariani. B Kl. W. Nr. 39. 1921. 14) Cahn-Bronner. Zeitsch. für exp. Path. u. Ther. 9. 1920. 15) Neumann. W. Kl. W. N. 34 1921.

Z praktyki.

Dr. Fr. Ślęk, dyrektor Szpitala. Przemyśl.

Kilka uwag w sprawie postępowania wobec uwięzgniętych przepuklin.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala powszechnego.

Zdawaćby się mogło, że poruszanie sprawy postępowania wobec uwięzgniętych przepuklin jest rzeczą zbyteczną i nie zasługującą na uwględnienie. Tymczasem rzecz się ma zupełnie inaczej.

Skłania mnie do zabrania głosu w tej sprawie szereg przypadków, które, zanim dostały się w ręce chirurga, były leczone tak radykalnie, że postępowanie lecznicze nie było zabiegiem leczniczym, lecz przeciwnie tak szkodliwem, że do jednego schorzenia dodano drugie powikłanie daleko gorsze.

W przypadkach tych trzymano się ściśle zasad i przepisów o powinności i sumienności lekarskiej, że zanim słońce wejdzie lub zajdzie lekarz zawołany do chorego winien uwolnić chorego od uwięzgnięcia. Gdyby Stromayer wiedział, że słowa jego tak ściśle będą stosowane w podobnych przypadkach, nigdy by ich z pewnością nie wypowiedział.

Najsmutniejszem mi się wydaje w całem tem postępowaniu, że przy tych rękoczynach we wszystkich prawie przypadkach interweniowali lekarze, a nawet lekarz, nie szanując swej godności, wspólnie z bandażystą o światowej sławie, któremu władze zezwalają na podziękowania, zamiast zająć się nim sądownie.

Herman w swym wykładzie klinicznym, ogłoszonym w »Nowinach Lekarskich« Nr. 6. z roku 1908 »Kilka uwag o postępowaniu wobec przepuklin uwięzgniętych, z powodu przypadku ryczałtowego odprowadzenia uwięzgniętej przepukliny pachwinowej« nawołuje do oględnego postępowania przy próbach odprowadzania przepuklin uwięzgniętych.

Że sprawa ta wymaga przypomnienia, tego dowodem np. rok ubiegły, t. j. 1921, w którym na 76 przypadków przepuklin, 40 operowanych było z powodu uwięzgnięcia, w czem w 7 przypadkach próbowano »odprowadzenia« z takim, że się wyrażę, rozmachem, że przyszło do uszkodzeń jelit, a w następstwie tego do zapalenia otrzewnej, wywołanego wskutek przedziurawienia.

O innych przypadkach nie wspominam, gdyż próbowane odprowadzenie, nie wywołało żadnych powikłań.

Na 40 przepuklin uwięzgniętych w 7 przypadkach wywołano powikłania, co procentowo wynosi 17·5 %. Postępowanie podobne, słusznie nazywa Graser błędem w sztuce lekarskiej i karygodnem.

1. Herman D. l. 24. Przemyśl. Rozpoznanie: *Hernia scrotalis dex, incarcerata. Repositio en masse.* Operowany 18. I. 1921; uleczony 3. II. 1921. Podczas zabiegu znaleziono worek przepuklinowy wraz z pierścieniem przepuklinowym oderwany i wtłoczony do jamy brzusznej, jelito pęknięte, przy ścianach niezgorzelinowych. We worku nie stwierdza się kału.

2. Markus S. l. 30. Krzywcza. Rozpoznanie: *Hernia scrotalis dex. incarcerata.* Operowany 20. I.; uleczony 15. III. 1921. Skóra zasiniała, wybroczyny, jelito pęknięte, kał we worku przepuklinowym, zmieszany z krwią

3 M. E. l. 40. Felsztyn. Rozpoznauie: *Hernia cruralis inc. dex* W przypadku tym lekarz, badając, przypuszczał „zapalenie wyrostka robaczkowego" (!) i urwał jelito uwięzgnięte swą ścianą. W jamie brzusznej kał, zapalenie otrzewny, dziura w jelicie cienkiem. Operowany 17. IV. uleczony 15. V. 1921.

4. Gerson S. 42 l. Przemyśl. Rozpoznanie: *Hernia scrotalis dex. inc.* Operowany 1. VI.; uleczony 17. VI. 1921. Według podania chorego lekarz przywołany wraz z bandażystą, podkasawszy rękawy, około godziny próbowali odprowadzić przepuklinę, a gdy to się nie udało, zalecili kąpiel w łaźni i polecili wrócić choremu, aby ten rękoczyn dalej stosować. Chory zamiast pojechać do łaźui, powrócił do Przemyśla. Brzuch cały pokryty sińcami, jak i worek mosznowy. We worku przepuklinowym jelito sine, płyn cuchnący krwawy.

5. Amalia F. l. 50. Jarosław. Rozpoznanie: *Hernia cruralis inc. sin.* Przy próbach odprowadzania, urwano jelito. W jelicie

dziura wielkości halerza. W jamie brzusznej stwierdza się kał i widoczne zapalenie ropne otrzewnej. Operowana 6. VII.; uleczona 18. VIII. 1921

6. Paweł K. l. 60. Poździacz. Rozpoznanie: *Fistula stercoralis post herniam crural. inc. sin.* Lekarz zawołany wykonał nacięcie guza, myśląc, że ma z ropniem do czynienia. W następstwie przetoka kałowa. Operowany 14. X.; uleczony 24. XI. 1921.

7. Florjan R. 42 l. Babice. Przepuklina od kilku lat. Rozpoznanie: *Hernia scrotalis inc. sin. Repositio en bloc.* Operowano 17. I. 1922. Pozostaje w szpitalu z raną ropiejącą. Chory sam sobie odprowadził przepuklinę wraz z pierścieniem przepuklinowym do jamy brzusznej. Zgorzel jelita, przedziurawienie. Zgorzel jądra lewego.

Jak widzimy ze zestawionych historji chorób, w 4 przypadkach dokonano przedziurawienia jelita, w czem w jednym przypadku oderwano pierścień zaciskający jelito. W przypadkach tych znaleźliśmy zapalenie otrzewnej. W przypadku IV. chory wyglądał tak, jakby był pobity, jelito pokryte wybroczynami, we worku płyn krwawy cuchnący. W przypadku VI. lekarz, myśląc, że ma ropień w pachwinie, naciął jelito. W przypadku VII. chory sam sobie odprowadził przepuklinę »*en bloc*« do jamy brzusznej. W przypadkach I. II. III. IV. V. VII. do operacji radykalnej dodano mniej lub więcej rozległe wycięcie jelita.

Zaznaczyć muszę, że w tych przypadkach rozpoznanie nie było trudnem, czego dowodem były próby odprowadzenia jelita uwięzgniętego, ale czy przez to nie narażono chorych na powikłania grożące śmiercią niechybną, pozostawiam własnemu sądowi czytelników.

Pomijąm przypadki, w których rozpoznanie natrafia na trudności, jak przy przepuklinach przeponowych, międzykrocza, dna miednicy, zasłonowych, dwunastnico-jelitowych, i t. p., z któremi spotykamy się nadzwyczaj rzadko, a rozpoznanie wymaga nadzwyczajnej wprawy, a nawet do tego stopnia bywa utrudnione, że dopiero podczas zabiegu można je stwierdzić. Są to przypadki wyjątkowe i pozbawione praktycznej wartości. W przypadkach zaś pozbawionych wszelkiej wątpliwości nie należy postępować z całą bezwzględnością, lecz należy się trzymać zasady »*primum non nocere*«.

Do usunięcia uwięzgnięcia możemy się posługiwać trzema sposobami: 1. *Taxis*, 2. *Herniotomia*, 3. *Operatio radicalis.* Każdy z tych sposobów ma pewne wskazania, których należy ściśle przestrzegać, by nie przynieść choremu szkody.

Do najłagodniejszych należy odprowadzenie bezkrwawe, które, stosowane nieumiejętnie, może wywołać nieobliczone w swych skutkach powikłania. Należy niezapominać, że przepukliny uwięzgnięte nieraz bywają przyrośnięte do worka przepuklinowego, lub też bywają o uwięzgnięciu wstecznem. Wszelkie tedy próby odprowadzenia nic są odpowiednie, gdyż uwięzgnięcia w ten sposób usunąć niepodobna. Dalej ważnem jest pamiętanie, że przepukliny, zależnie od umiejscowienia i od czasu trwania uwięzgnięcia, nieraz od samego początku nie nadają się do tego zabiegu. Mianowicie dla przepuklin udowych, podają chirurdzy czas 8 do 10 godzin, w którym dozwolona bywa próba odprowadzenia, gdyż w razie późnego wykonania może z powodu uwięzgnięcia, ściana jelita ulegnąć zgorzeli, i łatwo jest jelito oberwać, i wywołać zapalenie otrzewnej z przedziurawieniem. Przepukliny pachwinowe można jeszcze próbować po 24 godz. odprowadzać, jednak połączone to bywa już z niebezpieczeństwem. Przepukliny małe ulegają daleko prędzej zgorzeli, aniżeli duże. Niebezpiecznem bywa odprowadzenie we wieku starszym, gdyż naczynia krwionośne kruche, z posuniętą miażdżycą, daleko szybciej powodują zgorzel jelita, wskutek czego może się udać odprowadzenie, ale zgorzelinowego jelita. Napotykano przypadki, w których po próbach odprowadzenia występowały silne krwawienia z kruchych przedartych naczyń.

Do bardzo przykrych uszkodzeń należą przedziurawienia ścian jelita lub też »*repositio en bloc*«.

Zarzuty zaś czynione, że po zabiegach operacyjnych występują zapalenia płuc, są niesłuszne, gdyż mamy cały szereg sposobów operowania bez uśpienia ogólnego, a wiemy dobrze, że i po odprowadzeniu powstają z powodu zatorów, skrzepów urwanych z naczyń krezkowych i jelitowych. W czasach Lisfranca, gdy zabieg operacyjny należał do zabiegów śmiertelnych, bo dawał 80—90% śmierci przy uwięgniętych przepuklinach, uczeń jego Tirman wygłosił zdanie »*Die Taxis ist die Regel, die Operation dagegen die Ausnahme*«. W naszych czasach, gdy stosunki uległy zmianie, zdanie to niema najmniejszej wartości, lecz przeciwne zająć musimy stanowisko i powiedzieć: Zabieg operacyjny jest regułą, odprowadzenia należy do wyjątków«.

Do jakiego stopnia obawiali się chirurdzy dawniejsi zabiegów operacyjnych, to wystarczy wspomnieć zabiegi nieoperacyjne, jak zalecane przez Scharp'a, w r. 1848, stawianie chorego na głowie, Lisfranca przedłużoną taxis do 60 minut trwającą, Gosselin'a forsowną, aż do zmęczenia operatora. Amussat zalecał użycie 6 rąk równocześnie przy odprowadzaniu. Simon starał się przez wprowadzenie ręki do odbytnicy, ściągnąć pętlę uwięzgniętą. Van Swieten, Paré nakłuwali trógrańcem pętlę jelita. Schede, Richter, przesuwali siłą kanał pachwinowy na bok, by w ten sposób łatwiej można było odprowadzającą pętlę wsunąć do jamy brzusznej.

Dalszymi sposobami, jak już zaznaczyłem są zabiegi krwawe, jak herniotomia i zabieg radykalny, który zawsze dodajemy w tym celu, by uchronić chorych od ustawicznego noszenia paska i ponownego uwięzgnięcia.

Przy sposobności, chcę zwrócić uwagę na przepukliny, zwłaszcza udowe, i to obustronne, gdyż zdarzają się przypadki równoczesnego uwięzgnięcia.

W roku 1913 przywieziono do szpitala na oddział chirurgiczny służącą lekarza z przepukliną udową lewostronną uwięzgniętą. Ponieważ chora uskarżała się na przepuklinę po stronie prawej, gdyż ta jej sprawiała dolegliwości, lewa zaś dawała się łatwo odprowadzać do jamy brzusznej, przeto można było przypuszczać, że w tym przypadku mamy przed sobą tylko uwięzgnięcie po stronie prawej, po lewej odprowadzoną do jamy brzusznej. Uwięzgnięcie od 2 godzin. Wobec tego przystąpiłem do zabiegu po stronie prawej. Podczas operacji, znaleziono w rzeczywistości jelito uwięzgnięte swą ścianą boczną. Jak wielkie było moje zdziwienie i kolegów, gdy przy wyciąganiu jelita na zewnątrz w celu zbadania ścian, znaleziono ziarnka maku w jamie brzusznej i na pętlach jelitowych. Przystąpiłem natychmiast do skończenia zabiegu po stronie prawej, i pomimo, że chora nie zgadzała się na operację po stronie lewej, starając się nas przekonać o bezcelowości drugiego zabiegu „gdyż ją nic po tej stronie nie boli“, do otwarcia worka przepuklinowego lewego. Po otwarciu i rozszerzeniu kanału udowego, znaleziono w okolicy jego pętlę jelita, w której znajdowała się dziura wielkości halerza. W otoczeniu przedziurawionej pętli znaczna ilość maku, kału, zlepy zapalne. Po oczyszczeniu jamy brzusznej i zeszyciu otworu, jamę brzuszną zeszyto.

Wspominam dlatego o tym przypadku, gdyż należy być bardzo ostrożnym w rozpoznawaniu uwięzgnięcia przepuklin udowych, wskazuję też na niebezpieczeństwo odprowadzania, gdyż już w pierwszych dwóch godzinach, a więc wtedy, kiedy należy przypuszczać, że ściany jelita powinny być jeszcze zdrowe i jędrne, mogą łatwo, przy próbach odprowadzania do jamy brusznej uledz oderwaniu i spowodować w następstwie zapalenie otrzewnej z przebicia. W tym przypadku, gdyby nie znaleziony mak w jamie brzusznej, i gdybyśmy chorej zaufali, chora zmarłaby z powodu zapalenia otrzewnej. Dzięki tylko temu chora opuściła szpital uleczona. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że radykalny zabieg operacyjny, wykonany w pierwszych 12—24 godzinach, daje procent śmiertelności od 0%—½%, nawet u ludzi starych, w drugiej dobie dochodzi do 5—10%, a zarazem usuwa cierpienie, podczas gdy przy odprowadzeniu bezkrwawem z powodu wyżej podanych powikłań mamy od samego początku choroby, a więc i w pierwszych 12 godzinach 4—5% śmiertelności, a sam zabieg operacyjny w tych powikłanych przypadkach, daleko jest trudniejszy, i wymaga wykonania resekcji jelita, co dla chorego bywa w tych razach nieobojętną rzeczą, to sądzić należy, że lepiej jest wybrać z dwóch złych, zabieg operacyjny, który mniejszą szkodę choremu przyniesie, aniżeli próby odprowadzania forsownego, aż do znużenia operatora, jak zalecał Gosselin. Jeżeli już lekarz zmuszony okolicznościami chce próbować odprowadzenia, to może tego dokonać pod następującymi warunkami i przystępować do rękoczynu: 1. nie powiedzieć sobie »ja muszę odprowadzić, lecz próbować będę odprowadzenia« (Lejars); 2. zarządzić kąpiel gorącą po poprzedniem wstrzyknięciu morfiny i atropiny (0·01 do 0·002) pod skórę, i, po ułożeniu chorego odpowiednio, nie

siłą starać się pętlę uwięzgniętą odprowadzić do jamy brzusznej; 3. nigdy nie należy próby odprowadzania powtarzać, gdyż każda następna jest niebezpieczną; 4. odprowadzenie należy do wyjątków, zabieg operacyjny jest regułą, tem więcej, że szpitali w Małopolsce mamy poddostatkiem.

Wykład kliniczny.

Prof. dr. J. Lenartowicz. Kraków

Rozpoznawanie i leczenie ostrego wiewióra.

(Dokończenie).

Nieco inaczej zachować się musimy w tych przypadkach, gdzie wiewiór nie ogranicza się tylko do części przedniej cewki moczowej, ale po pewnym czasie przechodzi na część tylną, a zdarza się to w znacznej większości przypadków (60%, 70%, a jak niektórzy chcą, nawet w 80% przypadków). Z powodu tej częstości zajęcia części tylnej cewki moczowej nie ma dotąd ustalonego poglądu, czy sprawę chorobową, która przeszła na tę część, uważać za powikłanie, czy przyjąć ją jako zwykłe (choć nie nieodłączne) następstwo sprawy chorobowej. Jakkolwiekbyśmy się na tę sprawę zapatrywali, wydaje mi się koniecznem omówienie jej, choćby w krótkich zarysach, właśnie z powodu jej częstości. Pomijając zatem w tym krótkim szkicu inne powikłania, na to najczęstsze, i to odnośnie do ostrych objawów, chcę zwrócić baczniejszą uwagę. Że celem naszych zabiegów leczniczych będzie dążenie do powstrzymania szerzenia się sprawy chorobowej nie tylko co do stopnia jej objawów, ale i co do szerzenia się dalszego, rozumie się samo przez się. Z pewnością łatwiej przejdzie wiewiór z części przedniej na tylną u osób nieleczonych, lub późno leczonych, niż u osób wcześnie i planowo leczonych, ale doświadczenie poucza, że i wtedy przejście wiewióra na część tylną jest dosyć częste. Dzieje się to najczęściej w 3 tygodniu choroby, a z tą chwilą musi być odmienne nietylko nasze leczenie, ale i rokowanie, od tego bowiem, nie przez wszystkich uznanego powikłania, do powikłań dalszych, istotnych, krok tylko. Ważność próby dwu szklanek, która obowiązuje przy każdem badaniu chorego, tu najlepiej daje się ocenić. Nie zawsze bowiem zajęciu części tylnej towarzyszyć muszą objawy podmiotowe takie, jak częstość oddawania moczu, bóle, parcie niepowściągłe, zatrzymanie moczu itp. Są to objawy częste, ale bynajmniej nie stałe. Zajęcie części tylnej może nastąpić niepostrzeżenie, a jedynie próba dwu szklanek poucza nas, że i część tylna jest zajęta. W takich przypadkach, gdzie jest dużo wydzieliny ropnej spływającej do pęcherza, mocz drugi będzie wyraźnie mętny; w przypadkach o małej ilości wydzieliny ropnej, nitki w pierwszej i drugiej części moczu nie dowodzą bezwzględnie zajęcia części tylnej. Wówczas uciec się trzeba, jak wyżej wspomniałem, do dokładnego przepłukania części przedniej przed oddaniem moczu. Gdy dwoinki wiewiórowe dostaną się poza zwieracz zewnętrzny, t. j. poza tę granicę cewki moczowej, w której dotąd mięsień ten stanowił przeszkodę dla dalszego ich posuwania się, zmienić się musi nasze postępowanie lecznicze. Gdy przy zajęciu części przedniej dwoinki, jako nieprzekraczające tej granicy, dosięgnąć mogliśmy zwykłemi wstrzykiwaniami mniej lub więcej łatwo, to poza tą granicą, skutkiem przeszkody, jaką stanowi mięsień będący w stałym skurczu, zwykłemi wstrzykiwaniami strzykawką tryprową dosięgnąć dwoinek nie możemy. Wskazane są zatem te sposoby lecznicze, które umożliwiają przejście tej granicy. Posługujemy się też niemi w całej pełni, ale z pewnem zastrzeżeniem: nie w chwili, gdy sprawa chorobowa jest u szczytu. Objawy ostre, takie, jak parcie na mocz, bóle, częstość oddawania moczu, krwawienie końcowe, są przeciwwskazaniem do zabiegów miejscowych. Tu należy ograniczyć się do stosowania środków wewnętrznych (jedynie teraz wskazanych), do tzw. środków balsamicznych i środków odkażających. Obok tego zaostrzenie przepisów djetetycznych, o ile można ograniczenie ruchów, ciepłe kąpiele, czasem środki uśmierzające ból. Nieźle działają i środki moczopędne. Zbytecznem byłoby wyliczać poszczególne środki tej grupy. Jest ich cały szereg, a ilość ich odpowiada raczej nieuzasadnionej wierze w ich skuteczność, niż ich skuteczności istotnej. Notthafft na podstawie najnowszych zestawień dowiódł dostatecznie, że jedynie w okresie ostrym zajęcia części tylnej, łagodzą one nieco i skracają czas trwania ostrych objawów. Obojętnem jest, jakiego środka balsamicznego użyjemy, a możemy je naogół niemal wszystkie zastąpić środkami, którym przypisuje się działanie odkażające, takiemi jak: salicylan sodowy, salol, urotropina, heksal, helmitol i t. p. Najtańszy z nich: salicylan sodowy, obok tego napar ziółek moczopędnych (Rp. *Fol. Bucco*, *Fol. Uvae ursi*, *Herba Chenopod. aa)* zastąpi znakomicie wszystkie środki droższe, bynajmniej nie skuteczniejsze. Przy tem prostem i taniem leczeniu objawy ostre w przeciągu 5—7 dni (często rychlej) ustępują i pozwalają przystąpić do leczenia miejscowego, przedtem przeciwwskazanego. I tu, opierając się na własnem doświadczeniu, zalecałbym przedewszystkiem przepłukiwania sposobem Janeta. Sposób ten, o ile chodzi o leczenie części tylnej, bez powikłań, nie zawodzi nigdy, co więcej może być wskazówką do poszukiwania niedostrzeżonych dotąd powikłań, jak zapalenie gruczołu krokowego lub miedniczek nerkowych. Przepłukiwania sposobem Janeta, wykonywane dobrze, oczyszczają mocz II, przedtem mętny, niemal niezawodnie w przeciągu 8—10 dni. Jest to wynik tak częsty i tak zwykły, że jeśli po 10 przepłukiwaniach, co dnia wykonywanych, zmętnienie II. części moczu nie ustępuje, to powinno to być dla nas wskazówką, że prócz zajęcia części tylnej wchodzi w grę inne powikłanie. Wówczas należy zbadać gruczoł krokowy, pęcherzyki nasienne, a gdy badanie da wynik ujemny, myśleć należy o zajęciu miedniczek nerkowych.

Przepłukiwanie sposobem Janeta w leczeniu tylnej części cewki moczowej (i pęcherza) oddaje tak cenne usługi, że uważam za odpowiednie zwrócić na ten zabieg nieco bliższą uwagę. Jest to przedewszystkiem jeden z najprostszych i najmniej ryzykownych sposobów leczenia części tylnej, a ma tę zaletę, że, posługując się nim, unikamy wprowadzania do cewki moczowej cewników. Zestawienie przyrządu Janeta jest bardzo proste. Zwykły szklany irygator, dający się ustawiać na zmiennej wysokości i odpowiednio do cewki moczowej dostosowana nasadka, oto całe urządzenie. Dobór nasadki nie jest rzeczą obojętną. Należy zarzucić nasadki z odpływem wstecznym, bo te nie odpowiadają zadaniu. Przy użyciu nasadek z odpływem wstecznym jedynie pierwszy strumień płynu leczniczego dosięga zwieracza zewnętrznego cewki, dalszy wraca otworem odpływowym nasadki, nie krążąc wcale w cewce (o ile chodzi o jej część przednią, bo przy zamierzonem przepłukaniu części tylnej szczelinę odpływu musimy zatkać palcem). Jedynie nasadki proste, cylindryczne, bez odpływu, odpowiadają celowi. Zarzut, jakoby nasadki takie nie nadawały się do przepłukiwania części przedniej, należy odeprzeć z dwu powodów: po pierwsze leczenie sposobem Janeta ma główne (choć nie wyłączne) zastosowanie w leczeniu części tylnej, a tu zależy na utrudnieniu, a nie na ułatwieniu odpływu, powtóre regulowanie odpływu zależy od nas samych. Jeżeli chcemy przepłukiwać sposobem Janeta jedynie część przednią cewki moczowej, to uczynić to łatwo i z większym dla chorego pożytkiem przy użyciu zwykłej nasadki obłej bez odpływu. Puszczamy po prostu płyn z irygatora, regulując jego dopływ tak, by doszedł do zwieracza zewnętrzego cewki. Skoro poczujemy, że cewka jest należycie rozszerzona, odejmujemy nasadkę od ujścia cewki, płyn w niej nagromadzony wypuszczamy i na nowo go wpuszczamy, powtarzając ten zabieg dowolnie. Tak postępujemy, gdy nam zależy na przepłukaniu sposobem Janeta części przedniej (zresztą zbytecznem, bo ten sam zabieg, o ile chodzi o część przednią cewki, wykonać możemy zwykłą strzykawką).

Gdy jednak używamy sposobu Janeta do tych celów, do jakich właściwie używać się go powinno, celem naszym nie będzie przepłukanie części przedniej, ale (na to kładę nacisk) głównie części tylnej. Granicą między częścią przednią a tylną cewki moczowej jest, jak już wyżej wspomniałem, zwieracz zewnętrzny pęcherza, pozostający w stałym skurczu. Granicę tę przejść możemy przy użyciu pewnej siły mecha-

nicznej, bądź stałej, bądź płynnej. Siłą stałą posługujemy się, używając cewników, siłą płynną, używając sposobu J a n e t a. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wprowadzenie płynów do części tylnej cewki moczowej i pęcherza sposobem J a n e t a ma bezwzględną wyższość nad użyciem cewników. Cewnik sprawiać może jakiekolwiek, choćby najdrobniejsze urazy mechaniczne, płyn wprowadzany pod miernem ciśnieniem z pewnością ich nie wywoła. Dlatego najmniej ryzykownem, najbardziej chroniącem od wszelkich powikłań przy leczeniu wiewióra części tylnej jest użycie sposobu J a n e t a. Przepłukiwania sposobem J a n e t a rozpoczynamy, jak zaznaczyłem wyżej, dopiero po ustąpieniu ostrych objawów, a wykonujemy je codziennie, używając na jedno posiedzenie około 1—1$^1/_2$ litra płynu. Roztworów używamy ciepłych (do 40° C), a to z dwu powodów: po pierwsze dlatego, że przy użyciu płynów ciepłych zwieracz zewnętrzny łatwiej zwalnia, a płyn swobodnie dostaje się do pęcherza, powtóre dlatego, że roztwór ciepły osłabia łatwiej dwoinki wiewiórowe, niż zimny, zwiększa przy tem przekrwienie i jak się zdaje, przez to przekrwienie działa leczniczo. Niektórzy w tem przekrwieniu jedynie upatrują działanie lecznicze przepłukiwań J a n e t a.

Najczęściej posługujemy się do tych przepłukiwań roztworem nadmang. potasowego w stężeniach 1 : 4000—1 : 3000— 1 : 2000. W wyjątkowych przypadkach, gdy zależy na silnem zadziałaniu, możemy użyć roztworu novarganu, argoniny lub protargolu, w rozcieńczeniach 1 : 1000, lub hydrarg. oxycyanatum w rozcieńczeniu 1 : 8000—1 : 5000 wyjątkowo 1 : 2000. Przed płukaniem chory powinien oddać mocz. Rozpoczynając zabieg, przepłukujemy naprzód część przednią cewki, przykładając nasadkę szklaną na krótko tylko do ujścia cewki i wpuszczając do cewki około 15 cm^3 płynu, tj. tyle, by ją całkowicie wypełnić i należycie rozciągnąć. Skoro pod palcami czujemy, że cewka jest należycie wypełniona, odejmujemy nasadkę i wypuszczamy płyn z cewki. Wyrzucenie płynu z cewki z pewnem napięciem dowodzi, że istotnie błona śluzowa była rozciągnięta. Zabieg ten powtarzamy 5—8 razy, poczem przycisnąwszy nasadkę do ujścia cewki, staramy się płyn wprowadzić do części tylnej i do pęcherza. Polecamy choremu, by próbował oddawać mocz. Przy tej próbie skurcz zwieracza ustępuje, a płyn przedostaje się do części tylnej i do pęcherza. Wprowadzamy przy pierwszem płukaniu około 300 cm^3 płynu, polecamy choremu oddać tę ilość do szklanki, badamy, o ile płyn się zmienił (nadmanganian skutkiem oddania tlenu zmieni barwę) i zabieg bezpośrednio potem stosujemy w ten sam sposób po raz drugi, tym razem bez płukania części przedniej. Płyn oddany teraz ma najczęściej barwę niezmienioną i wskazuje, że przepłukiwanie było dokładne. Przy przepłukiwaniach, przedsiębranych w dniach najbliższych, wprowadzamy zwyczajnie już większą ilość roztworu nadmanganianu potasowego (około 500 cm^3), a to w tym celu, by, wypełniwszy i rozszerzywszy pęcherz moczowy, wyrównać jego fałdy, a przez to całą powierzchnię błony śluzowej przemyć dokładnie.

U chorych wrażliwych przepłukiwanie sprawia czasem pewne trudności. Mimo wezwania do oddawania moczu chorzy nie umieją zwolnić zwieracza, co więcej przez skurcze mięśni opuszkowo-jamistych (*m. bulbo-cavernosi*) wypychają płyn z cewki. Należy wówczas uciec się do wybiegu i przez rozmowę z chorym, przez polecenie czynienia głębokich wdechów, przez odwrócenie uwagi chorego od części rodnych, często przez przeczekanie chwilowego skurczu należy stopniowo dążyć do przezwyciężenia trudności. Wieszanie irygatora ponad zwykłą przepisaną wysokość (1$^1/_2$ m ponad poziomem chorego) nie wiedzie zwyczajnie do celu, bo płyn, uderzając teraz z większem ciśnieniem o mięsień, pobudza go raczej do nowych, tem silniejszych skurczów. Wskazane jest w tych przypadkach raczej obniżenie irygatora. Przy zmniejszeniu ciśnienia płyn niepostrzeżenie przeciśnie się przez przeszkodę Przy żadnym sposobie leczenia wyciek ropny części przedniej nie ustępuje tak szybko, jak przy przepłukiwaniach sposobem J a n e t a. To też używam tego sposobu wyjątkowo i przy leczeniu części przedniej, ale nie używam nigdy nasadek z odpływem. Płuczę tak samo i według tych samych zasad, jakbym miał leczyć część przednią i tylną.

Przeniesienia wiewióra na część tylną nie obawiam się w tych przypadkach, przepłukuję przecież starannie naprzód część przednią, a gdyby nawet przyjąć, że z płynem dostać się mogą dwoinki wiewiórowe do części tylnej, to dostać się tam mogą jedynie z płynem o d k a ż a j ą c y m, a więc co najmniej osłabione, i to na błonę śluzową również płynem odkażającym zwilżoną. A zresztą przepłukuje się na każdem posiedzeniu dwukrotnie, co jeszcze więcej zmniejsza prawdopodobieństwo zakażenia. W zasadzie pamiętać należy, że przepłukiwania sposobem J a n e t a służyć mają do leczenia części tylnej i mają zastąpić użycie cewnika, wskazane tylko w wyjątkowych przypadkach, takich np. jak niemożność oddania moczu, wywołana bardzo znacznym obrzękiem zapalnym lub powikłaniami ze strony gruczołu krokowego.

Skoro pod wpływem przepłukiwań sposobem J a n e t a II. część moczu oczyści się zupełnie, a badaniem szczegółowem nie stwierdzimy żadnych dalszych powikłań, zaprzestajemy chwilowo dalszego leczenia części tylnej, a zalecamy leczenie części przedniej wstrzykiwaniami według wskazań wyżej przytoczonych. Obawa, jakoby zaprzestanie leczenia wiewióra części tylnej (bez innych powikłań) mogło być źródłem zakażenia części przedniej (teoretycznie może uzasadniona), okazuje się w praktyce płonną. Wiemy z doświadczenia klinicznego, że wiewiór części tylnej cewki moczowej ustępuje łatwiej pod wpływem leczenia, niż wiewiór części przedniej. Odmienna budowa błony śluzowej tylnej części cewki moczowej nie sprzyja, jak uczy doświadczenie kliniczne, rozwojowi dwoinek wiewiórowych i dlatego nie należy się obawiać nowych zakażeń części przedniej od strony części tylnej cewki moczowej. Część przednia cewki moczowej, jeszcze wiewiórem dotknięta, nie ulegnie zakażeniu zwiększonemu (superinfekcji), bo to jest rzadkością, zwłaszcza jeżeli chodzi o w ł a s n e dwoinki wiewiórowe, a powtóre, gdyby nawet tak było, to możliwość ta jest mało prawdopodobną wobec działania środków leczniczych, stosowanych stale do części przedniej. Warunki rozwoju są dla dwoinek wiewiórowych z obu względów jak najbardziej niekorzystne. Działają tu dwie siły: siła ochronna tkanek (choćby miejscowa) i ciągłe niszczenie dwoinek środkami bakterjobójczemi. Za słusznością tego przypuszczenia przemawia doświadczenie kliniczne. Wiewiór części przedniej i tylnej t a k l e c z o n y (o ile nie ma innych powikłań) nie budzi poważniejszych obaw co do możności doszczętnego wyleczenia. Leczenie trwa zwyczajnie nieco dłużej, niż leczenie wiewióra części przedniej, ale średnio nie przekracza 10—12 tygodni. Pamiętać jednak należy, że w leczeniu wiewióra części tylnej kontrola objawów chorobowych powinna być jak najściślejsza; wkraplań azotanu srebrowego w stężeniach $^1/_4$—$^1/_2$—1—1$^1/_2$—2% nie wolno nam zaniechać. Wkraplania te, wykonane sposobem G u y o n a lub U l t z m a n n a, mają zakończyć leczenie. Że działają leczniczo i zarazem p r o w o k a c y j n i e, wspomniałem powyżej. Czy wynik ich osądzić jako prowokację, czy jako zupełne wyleczenie, musi w każdym przypadku rozstrzygać badanie mikroskopowe, i to kilkakrotne, teraz, pod koniec leczenia, i po ukończeniu leczenia szczególniej wskazane.

Oceny i sprawozdania.

Wyszedł 1-szy zeszyt kwartalnika klinicznego **szpit. Starozak. w Warszawie**, zawierający kilka rozpraw, jak Z. F l a t a u a — Szpital wobec potrzeb i nakazów nauki, J. S z w e j c e r a — W sprawie racjonalnej rozbudowy szpitala Starozakonnych, S. G o l d f l a m a — O skurczu rozciągowym mięśni przeciwniczych, S. K l e j n a — O cholesterynemji, J. R o t s t a d t a. Lecznictwo szpitalne, a terapja fizykalna, D. S z e n k i e r a O samoistnem moczeniu krwawem, M. B o r n s t e i n a — O psychologicznej podstawie klasyfikacji psychjatrycznej. B. G r y n k r a u t a — Pneumoperitoneum; prócz tego znajdujemy tam życiorys Stanisława P e c h k r a n z a, zmarłego w r. 1921 ordynatora szpitala Star. W końcu rozpoczęto druk sprawozdań z posiedzeń naukowych, które się odbywały w szpitalu Staroz. w r. 1921. Z uznaniem należy powitać ten nowy dowód widomy pracy naukowej w naszych szpitalach.

Dowód to nie pierwszy w tych czasach, gdyż szpit. Dz. Jezus wydał już w r. 1916 I. zeszyt pamiętnika klinicznego, zawierający sprawozdania z posiedzeń klinicznych, które się odbywają bez przerwy co 2 tygodnie. Dłuższe rozprawy drukowane były w Gazecie lekarskiej, 2-gi zeszyt wyszedł w r. 1917. Dalsze wydawnictwo uległo zwłoce wskutek nagłego wzrostu kosztów drukarskich, zostało jednak wznowione, i w r. 1921 wyszedł 3-ci i 4-ty zeszyt, zawierający w skróceniu sprawozdania z posiedzeń w r. 1918 i 1919. Dalsze zeszyty są już przygotowane do druku. Sprawozdania z bieżących posiedzeń będą drukowane w Polskiej Gazecie lekarskiej, ważniejsze, dłuższe rozprawy, jak dotąd, w czasopismach lekarskich.

W r. 1918 wyszedł w pięknem wydaniu pamiętnik szpitala **Ś. Ducha** za rok 1916 pod redakcją Dr. A. Leśniowskiego, zawierający prócz sprawozdań z posiedzeń klinicznych, «Rzut oka na przeszłość Szpitala i sprawozdania z ruchu chorych na poszczególnych oddziałach«.

Trzeba mieć nadzieję, że ruch naukowy w naszych szpitalach, nie gasnący nigdy, nawet w najcięższych okolicznościach, zacznie się uwydatniać coraz więcej w naszem piśmiennictwie lekarskiem, które wegetowało przez lat kilka z powodu wojny, braku lekarzy, odciągniętych chwilowo od pracy naukowej przez pracę na polu walki z wrogiem i epidemjami. Niemałe znaczenie w tym zastoju, miało nadmierne podniesienie kosztów druku i materjalne zubożenie społeczeństwa.

P.

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Münchener Medizinische Wochenschrift.

Nr. 38. 1921.

Zweifel. **O znaczeniu wczesnego rozpoznania dla trwałego wyleczenia raka macicy.** Autor wykazuje na podstawie statystycznej, jak wielki procent kobiet, cierpiących na raka macicy, można wyleczyć, o ile tylko odda się je we wczesnym okresie choroby w ręce specjalistów, chirurgów czy radjologów. Podaje zarazem w skróceniu wczesne objawy raka macicy.

Kehrer. **Znaczenie badania przez odbytnicę u ciężarnych i rodzących.** Badanie przez obytnicę chroni przed zakażeniem i następową gorączką połogową, przyczem we wszystkich prawie przypadkach, przy dostatecznej wprawie, daje takie same wyniki, jak badanie przez pochwę. Autor w dalszych wywodach zbija zarzuty, stawiane przez przeciwników powyższej metody, opierając się na własnem doświadczeniu 15-to letniem oraz na zapodaniach innych, jak Krönig, Ries, Gauss i i.

Plaut i Mulzer. **Badania nad zmianami płynu mózgowo-rdzeniowego u królików normalnych i zakażonych kiłą.** Dalsze badania nad zmianami, wywołanemi przez zakażenie kiłowe w płynie mózgowo-rdzeniowym królików. Autorzy uważają, że powiększenie ilości komórek w płynie dowodzi istnienia zmian kiłowych w systemie nerwowym. Dalsze badania w toku.

Rimpau i Keck. **Z praktyki leczenia szczepionkami.** Próby leczenia szczepionkami, wytworzonemi z zarazków choroby własnej (*autowakcynami*), wykazały w wielu przypadkach dodatnie wyniki. Wyleczenie następowało, zwłaszcza w umiejscowionych zakażeniach rzadziej, lub wręcz zawodziło przy zakażeniach ogólnych. Czyraczność, zapalenia miedniczki nerkowej i pęcherza, zapalenia ucha środniego i i. stanowią, przy dobrem indiwidualizowaniu i dawkowaniu stosownie do wywołanego odczynu oraz stanu organizmu, wdzięczne pole dla leczenia »autowakcyną«. Próby te wykazały przedewszystkiem wyższość wspomnianej terapji nad szczepionkami gotowemi, jak np. »Opsonogen« czy »Leukogen«.

Prinz. **Leczenie przy pomocy stosowania podniet przez podanie wewnętrzne.** Na szeregu doświadczeń porównawczych badał autor stosunek działania na organizm Yatrenu, błękitu metylenowego i i. przy podaniu wspomnianych środków doustnie i pozatrzewiowo. Badania wykazały, że w obydwu wypadkach wyniki są takie same lub conajmniej bardzo podobne. Dalsze badania nad działaniem produktów rozpadu tkanek (przy zastrzyknięciu destylowanej wody) wykazały wyniki podobne, jak przy stosowaniu wyżej wspomnianych środków.

Paulsen. **Objawy zadomowienia u człowieka.**

Moerchen. **Histerja.** Autor rozpatruje przyczynę t. zw. »neurozy«, szczególnie »neurozy wojennej«, która obejmuje częściowo to, co dotychczas nazywano histerją. Powodem neurozy jest, jak tego nauczyły nas czasy wielkiej wojny, konflikt między popędem samozachowawczym a etyką i obowiązkami wobec innych (społeczeństwo). Słabe charaktery, które nie mają dość sił, by podołać tej walce, popadają w neurozę. Podobnie i obecnie jeszcze złe warunki powojenne stawiają ludzi w podobne położenie, toteż i dziś jeszcze spotykamy się z licznemi objawami »neurozy powojennej«. Autor zwraca uwagę na wielkie znaczenie psychoanalizy, która w przeciwstawieniu do czasów przedwojennych każe nam głębiej poznać psychikę takich chorych.

Sippel. **Zwichnięcia stawu biodrowego u noworodków i inne wrodzone zniekształcenia.** Przypadek wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego, w którym autor widzi skutek mechanicznego ucisku na płód w macicy. Rozbiór przypadku z podaniem zdjęć rentgenologicznych.

Hirsch. **Wpływ obowiązkowego stosowania środków zapobiegawczych oraz przymusu zgłaszania w przypadkach śluzoropotoku spojówek u niemowląt.** Autor wykazuje na podstawie statystyki dodatni wpływ na zmniejszenie się zachorzeń, również i śmiertelność zmniejszyła się z 5% w r. 1907 na 1% w roku 1912, roku zaprowadzenia powyżej wymienionych obowiązków.

Wederhake. **Uśpienie pięciominutowe.** Do szczelnie przylegającej maski wlewa się 3 gr. chloroformu, przyczem chory liczy do 20, z tą chwilą dolewa się 15—20 gr. eteru, poczem chory liczy jeszcze mniejwięcej do 30. Uśpienie trwa około 5-ciu minut, w czasie których można spokojnie wykonać mniejsze zabiegi operacyjne.

Löwenstein. **Fizjologiczne zastąpienie czynności porażonego mięśnia czworogłowego uda.** Przypadek fizjologicznego zastąpienia czworogłowego mięśnia uda przez mięsień napinający powięź szeroką uda.

Friedländer. **Miareczkowanie mocznika w moczu dla celów klinicznych.**

Detzel. **Wrodzona przetoka szyjna.**

Flatau. **Rozpoznanie w przypadku ciąży pozamacicznej.** Krótki referat dla praktyki. *B. Piechowski* (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Choroby wewnętrzne.

Archives of internal medicine.

Marzec 1921.

R. Gibson, F. Marton. **Stosowanie wyciągu z przysadki mózgowej oraz histaminy w przypadku moczówki prostej.** Autorowie spostrzegali dosyć ciężki przypadek moczówki prostej u 24-letniego mężczyzny, który poprzednio przechodził kiłę; przekłuciem lędźwiowem starali się sprawić ulgę choremu przez zmniejszenie ucisku na przysadkę mózgową. Wstrzykiwania podskórne wyciągu z przysadki mózgowej czasowo zmniejszały niewiele ilość moczu. Histamina wywierała wpływ podobny, lecz słabszy. Zarzucono wkrótce wstrzykiwania jej, gdyż rozszerzanie się naczyń obwodowych powodowało bardzo silny ból głowy i wyczerpanie. Podawanie dowewnątrz wysuszonej przysadki mózgowej miało swój wpływ doraźny, lecz bardzo niewielki. Po wstrzykiwaniach zmniejszała się zwykle ilość moczu z 15 na 10 litrów na dobę i wzmagało się nasycenie moczu, stan taki trwał kilka dni. Przemiana azotowa odbywała się, jak u człowieka normalnego, któremu dano pić dużo wody. Zahamowania się wytwarzania cukru nie zauważono. We krwi znajdowano prawidłowe ilości mocznika, kreatyniny, chlorków, prawidłowe białka plazmy. Spora ilość znajdowanego we krwi kwasu moczowego tłómaczy się jako wpływ podobny do działania wyciągu przysadki w przypadkach, gdzie nie grają roli gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem.

H. Bumpus, J. Meisser. **Stosunek ogniskowego zakażenia do doborowego umiejscowienia paciorkowców w zapaleniu miedniczek nerkowych.** Prace Rosenowa, dotyczące doborowego umiejscowienia paciorkowców dowiodły, że zakażenie, wychodzące z jamy ustnej, może spowodować zapalenie miedniczek nerkowych, gdyż drobnoustroje te posiadają szczególne powinowactwo z przewodem moczowym. Nieraz, dopóki ogniska miejscowego nie usunie się z jamy ustnej, leczenie dróg moczowych posiada znaczenie tylko łagodzące. Autorowie zbadali szereg chorych z zapaleniem miedniczek nerkowych (podostrem) i jednoczesnem zakażeniem zębowem. Za pomocą wyosabniania paciorkowców z ognisk i dożylnych wstrzykiwań otrzymanych hodowli królikom (27 wstrzyknięć) starali się przekonać o zależności wzajemnej tych stanów chorobowych. 24 razy autorowie otrzymali uszkodzenia nerek, 8 razy pęcherza, 4 razy mięśni, 3 razy żołądka, 2 razy mięśnia sercowego, 4 razy tkanki łącznej. Przy pierwszem przeprowadzaniu drobnoustrojów przez zwierzęta zauważono w 89% uszkodzenia nerek, przy powtórnem w 63%, przy trzeciem w 50%. Autorowie są zdania, że zapalenie miedniczek nerkowych może zależeć od przenikania paciorkowców z ognisk zakażeniowych wskutek doborowego powinowactwa w stosunku do dróg moczowych, a lasecznik okrężnicy, uważany zwykle za przyczynę choroby, posiada wtedy znaczenie podrzędne, wtórne.

R. Fitz. **O stosunku hypertyreoidyzmu do moczówki cukrowej.** W r. 1906 Fryd. Müller omawiał na zjeździe lekarskim pewien typ cukrzycy, stojący w związku z powiększeniem się gruczołu tarczowego. W piśmiennictwie europejskiem liczne potem zjawiły się opisy, lecz w Ameryce sprawa ta mało stosunkowo była poruszaną. Autor zestawia odnośne przypadki ze Szpitala Głównego w Massachusetts oraz z kliniki Mayo.

Serja I. zawiera 5 przypadków moczówki cukrowej, skojarzonej z nietoksycznem powiększeniem się gruczołu tarczowego (przypadki nieoperowane). Serja druga — 4 przypadki z moczówką umiarkowaną (część tarczycy usunięto operacyjnie bez większego wpływu na moczówkę cukrową). Serja III. z wyraźną chorobą Basedowa wykazuje, iż powikłanie moczówką cukrową staje się groźnem w tych razach (przypadki nieoperowane). Wreszcie serja IV. zawiera 9 przypadków gruczolaków tarczycy z objawami toksycznemi (operowanych za pomocą podwiązywania naczyń lub częściowego wycięcia tarczycy).

Zbyt to mało spostrzeżeń, aby ustalić sobie pogląd na wskazania do operacji.

Naogół kojarzenie się cukrzycy z nadmiernem wydzielaniem gruczołu tarczowego spotykamy dotyć rzadko, jest to rzecz prawdopodobnie przypadkowa. Cukrzycę odnajdujemy zwykle już po zjawieniu się zaburzeń w wydzielaniu tarczycowem, lecz może ona i poprzedzać te ostatnie. Ciężkość i stopień tych zachorowań idą zwykle równolegle. Nie mamy podstaw do ustalenia wniosku, że samo tylko częściowe wycięcie gruczołu tarczowego wywiera wpływ leczniczy na cukrzycę. Tam, gdzie w przypadkach z objawami zatruciowemi osiągano poprawę po operacji, występowała ona nie wskutek częściowego usunięcia tarczyny, oraz ilościowego zmniejszenia się jej czynności, lecz dzięki zmianom następczym w przemianie materji. *Julian Drac* (Warszawa).

Heart.
A. Journal for the study of the circulation.
Vol. VIII. 4. 1921.

C. U. Moore i F. R. Menne. **Opis przypadku wrodzonej wady serca człowieka, powodującej krążenia podobne, jak u płazów.** U dziecka, które zmarło w 6 dniu życia, a wykazywało objawy sinicy, a szczególnie podczas krzyku powiększenie stłumienia serca i dwa szmery słyszalne nad całym obszarem, stwierdzono na stole sekcyjnym: zupełny brak przegrody między-komorowej, brak zastawki dwudzielnej, na jej miejscu zupełne odgrodzenie lewego przedsionka od komory, z przedsionka tego prowadził do prawego otwarty otwór owalny, przedsionek prawy miał normalną zastawkę trójdzielną, z jednej komory odchodziła duża tętnica płucna i bardzo wązka tętnica główna, łączące się otwartym przewodem Botalla. Żyły płucne i główne w miejscu właściwem. Krew żylna przechodziła tedy całkowicie do przedsionka prawego, stąd do komory i tętnicą płucną dostawała się do krążenia, częścią zaś wracała tętnicą główną nazad do serca. Krążenie, podobne jak u zimnokrwistych, u człowieka życia utrzymać nie mogło.

D. C. Wilson. **Znaczenie podrażnienia nerwu błędnego w częstoskurczu napadowym pochodzenia przedsionkowego.** Opis przypadku, w którym serce w czasie napadu rozszerzało się o 2.5 cm, a amplituda ciśnienia była bardzo mała; spowodowało to, być może, napady niemoty, porażenia jednostronnego i zgorzel ramienia. Później rozwinęły się (prawdopodobnie na podstawie zmian mózgowych) napady padaczkowe. Podrażnienie nerwu błędnego przez ucisk szyji, gałek ocznych lub głęboki wdech, natychmiast przerywało napady. Gdy chory się nauczył sam stosować takie zabiegi, był wolny od wszelkich napadów.

Archives of internal médicine.
Vol. 28. Nr. 6. Grudzień 1921.

G. R. Minot i L. W. Smith. **Zmiany we krwi, występujące przy zatruciu czwórchloretanem.** Ponieważ zatrucie czwórchloretanem (substancją używaną m. i. przy wyrobie aeroplanów) wywołuje toksyczne zapalenie wątroby z bardzo groźnemi objawami, autorzy przedsięwzięli w pewnej fabryce szereg porównawczych badań krwi, celem stwierdzenia, czy obraz krwi nie mógłby dać wskaźnika co do początku i rokowania cierpienia. Okazało się, że ludzie narażeni na działanie czwórchloretanu, wykazują przed wystąpieniem objawów klinicznych stale zmiany we krwi, a to: 1) wzrost wielkich jednojądrzastych aż do 56% ilości białych ciałek, 2) lekka ogólna leukocytoza, 3) lekka postępująca niedokrewność, 4) mały wzrost ilości płytek. Więcej jak 12% wielkich jednojądrzastych jest pierwszym znakiem zatrucia i wskazania do obserwacji takich ludzi; niekoniecznie jednak wszyscy muszą wykazywać cięższe objawy zatrucia. Obecność większej ilości form młodych jednojądrzastych wskazuje na stan groźniejszy.

C. A. Mc. Kinlay. **Wpływ wyciągu tylnego gruczołu przysadki na podstawową przemianę materji u ludzi zdrowych oraz dotkniętych zaburzeniami w wewnętrznem wydzielaniu.** Różni autorowie widzieli zmianę w jednym gruczole po schorzeniu lub wycięciu drugiego (np. szczury bez tarczycy dobrze rosną po podaniu przedniego płatu przysadki). Wstrzyknięcie wyciągu z tylnego płatu u chorych z obrzękiem śluzowym powoduje o wiele większy spadek ciśnienia jak u zdrowych (Porak itd.) Autor oznaczał zapomocą przyrządu Haldane'a pośrednio wytwarzanie ciepła u ludzi zdrowych, chorych na zaburzenia przysadki i niedomogę tarczycy, oraz osób zdrowych i na tarczycę niedomagających, którym podano tyroksynę[1]) Okazało się, że:

1. zdrowi ludzie odpowiadają na podskórne wstrzyknięcie przysadki wzmożoną przemianą materji,

2. u ludzi z niedomogą tarczycy, przemiana materji była raczej zmniejszona, co pozwala wnioskować, że przysadka wzmaga produkcję ciepła tylko w obecności zdrowej tarczycy,

3. w 4 przypadkach zmniejszonej przemiany materji, w których były objawy zaburzeń gruczołów dokrewnych poza tarczycą, odpowiedź na wyciąg z przysadki była dodatnia,

4. zdrowi ludzie, którzy przedtem dostali tyroksynę, po przyjęciu przysadki okazują bardziej wzmożoną przemianę, niż bez tyroksyny. Śluzakowaci po tyroksynie oddziaływują na przysadkę ujemnie.

Świadczyłoby to o współdziałaniu obydwu gruczołów, a zarazem o tem, że dla dodatniego działania przysadki potrzeba zdrowej tarczycy, a nie wystarcza chwilowe podrażnienie tyroksyną.

G. B. Wallace i E. J. Pellini. **Trucizny naczyń włosowatych, a kwaśnica.** Wychodząc ze założenia, że ciała działające trująco na naczynia włosowate, jak histamina, sole uranowe, kantarydyna, emetyna, toksyna błonicza, sepsyna i złoto, powodują przez uszkodzenie przepuszczalności ścian zaburzenie w utlenianiu tkankowem, a więc kwaśnicę. Autorzy oznaczali kwasotę krwi przed i po wstrzyknięciu powyższych ciał.

[1]) „Hormon" tarczycowy.

Okazało się, że: 1. jady, działające ogólnie na naczynia włosowate, jak toksyna błonicza, uran i kantarydyna, wytwarzają znaczny stopień kwaśnicy, 2. uszkodzenie nerek nie ma znaczenią przy tem, gdyż obustronne wycięcie nerek nie powoduje kwaśnicy, którą można wywołać znowu przez odpowiednie zatrucie takiego zwierzęcia, 3. jady działające tylko na naczynia włosowate jelit, jak emetyna i podofilotoksyna, nie wywołują kwaśnicy, albo tylko w słabym stopniu, 4. uszkodzenie wątroby zapomocą arsenu nie wywarło wpływu na stopień kwasoty, 5. pewne wyniki pozwalają przypuszczać, że tworzenie się kwasu na miejsce w mięśniu, i że 6. powodem kwaśnicy jest niedostateczne utlenienie (*suboxydation*) tkankowe, gdyż powstaje po zatruciach, upośledzających dopływ tlenu, jak methemoglobinemia, albo po zatruciu azotynem sodu, albo też upośledzających utlenianie, jak zatrucie cyankiem potasu. Autorzy sądzą, że kwaśnica w pewnych zakaźnych chorobach (płonica, błonica, grypa, zapalenie płuc), jest spowodowana przez ciężkie zatrucie naczyń włosowatych.

G. M. Mackenzie. **Miejscowe odczulenie u ludzi przeczulonych i znaczenie tegoż dla leczenia gorączki siennej.** Jeżeli wśródskórnie wstrzyknąć wyciąg z białka plemnikowego itp. ciała, względem którego dany osobnik jest przeczulony, to wrażliwość skóry danego miejsca ma to ciało trwa do 3 dni. Wyczerpanie jest swoiste i odnosi się tylko do ciał tworzących antygeny, gdyż np. histamina powodująca również odczyn skórny, ale nieantygenowy, wyczerpania danego miejsca po sobie nie zostawia. Prawdopodobnie nastąpiło wiązanie antygenu z niwecznikiem. Można to spostrzeżenie zużytkować do leczenia gorączki siennej, »allergicznego« nieżytu nosa i innych stanów anafilaksji błony śluzowej nosa. Przez codzienne podawanie działająoego ciała do wąchania, następuje wyczerpanie wrażliwości błony śluzowej a z tem ustanie napadów.

T. S. Moise. **Pierwotny rak płuc.** Histologiczny opis 5 przypadków. M. sądzi, że trudno mikroskopowo znaleźć pierwotny punkt wyjścia; w powyższych przypadkach obraz przemawiał za oskrzelami lub gruczołami ich śluzówki. We wszystkich przypadkach przed początkiem cierpienia były stany zapalne płuc m. i. grypy. Przemawia to za teorją powstawania nowotworów na miejscach drażnionych; ciekawe jest, że pogrypowe zmiany w płucach wykazują nagromadzenie komórek przybłonkowych, bardzo podobne do rakowych. Nasuwa to myśl o przechodzeniu tego stanu w prawdziwe rakowe zwyrodnienie.

P. Bailey i F. Bremer. **Doświadczalna moczówka prosta.** Autorzy odsłaniali po przez skroń podstawę mózgu i nie naruszając przysadki wykonali różne cięcia w okolicy *hypothalamus*. We wszystkich przypadkach zranienia okolicy parainfundibularnej nastąpiło obfite moczenie, trwające kilka dni, niekiedy trwałe. Do ostatnich przypadków dołączały się objawy dystrofji tłuszczowo-płciowej. Moczenie obfite trwałe miało wszystkie cechy moczówki prostej u człowieka, a więc zdolność stężania moczu po podaniu małej ilości płynu, wstrzyknięciu wyciągu z przysadki lub podczas gorączki, natomiast wielkie moczenie po podaniu chlorków, niewrażliwość na teobrominę. Zjawisko nie zależy od zaburzeń nerwowych lub naczyniowych, gdyż powstaje także u zwierząt pozbawionych nerwów nerkowych. Uszkodzenie *tuber cinereum* u dwóch psów wytworzyło obraz dystrofji i moczówki, wielkie jednak uszkodzenie pies przypłaca życiem. Cukromocz pojawiał się niekiedy i zależał od stanu odżywiania psa. Inne uszkodzenia podstawy mózgu wywołały tylko cukromocz, ale nie moczenie obfite. Stosunek ciałek sutkowych (*corpora mamillaria*) do moczenia obfitego nie jest jeszcze pewny. We wszystkich przypadkach przysadka była nienaruszona; autorzy sądzą, że niema wpływu nawet pośredniego na powstawanie moczówki i dystrofji. Niema dowodu na krążenie fizjologiczne we krwi składnika działającego przysadki, pituitryny, stale powodującego zgęszczenie moczu, a którego brak wywołałby moczówkę względnie dystrofję. Wszystkiej dotychczasowe spostrzeżenia eksperymentalne i kliniczne objawów, występujących po wycięciu przysadki, lub stwierdzonego uszkodzenia tejże wykazują brak ścisłości, ponieważ nie uwzględniono możliwości uszkodzenia lejka. Znane są i przypadki kliniczne dystrofji przy przysadce nienaruszonej.

C. Beeler i R. Fitz. **Cukier we krwi, cukromocz i wydalanie wody u otyłych.** Ponieważ Joslin niedawno podniósł częstość związku między otyłością a cukrzycą, przeto autorzy u 32 otyłych oznaczyli znoszenie cukru, podając 100 g. cukru gronowego, przedtem i potem co 2 i 3 godziny oznaczając cukier we krwi i w moczu. Okazało się, że część otyłych wykazuje nadmiar cukru we krwi i powolne wydalanie, należą tedy do stanu przedcukrzycowego utajonego, można się u nich spodziewać wybuchu zwykłej cukrzycy; część chorych okazuje nadmiernie małe ilości cukru we krwi; zdaje się, że u nich z powodu zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu spalenie lub zmagazynowanie cukru odbywa się z wielką szybkością, co może oszczędza tłuszcz i w ten sposób zwiększa otyłość. U takich ludzi nie przychodzi do późniejszej cukrzycy, należy ich leczyć tylko z powodu otyłości i zaburzeń gruczołów dokrewnych. *Ziemilski* (Lwów).

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.
T. 47. Z. 1. 1921.

E. Schulz. **Przewlekłe zapalenie migdałków jako powód zakażenia mieszanego w przypadku gruźlicy płuc.** W ciężkim przypadku wiele lat trwających ciężkich suchot gorączka zależała od zapalenia gardzieli. W plwocinach i w migdałkach — dwoinki i gronkowce. Po wyłuszczeniu migdałków ustąpiła gorączka.

C. Zehner. **O stosunku grypy do gruźlicy.** W sanatorjum w Agra (Szwajcarja) na 166 pensjonarzy zapadło na grypę w r. 1920 — 27 (w latach 1918,19 nikt); przebieg łagodny. W siedmiu przypadkach grypie ulegli chorzy na gruźlicę, w 20 — niegruźlicy (połowa gruźlików przebyła grypę w r. 1918). Autor próbuje, opierając się na teorji Ehrlicha, wytłumaczyć charakter przebiegu grypy u gruźlików.

F. Luithlen. **Obraz krwi, szczególnie ciałek eozynochłonnych, pod wpływem partigenów Deycke-Mucha.** Wzmożenie się ogólnej liczby białych ciałek, zarówno jak wzrost liczby limfocytów, nie ma żadnego związku z przebiegiem choroby. Istnieje natomiast równoległość między tym przebiegiem a wahaniami w ilości eozynochłonnych. W przypadkach pomyślnych widzimy stałą eozynofilję; gdzie tej nie ma, wolno mówić o przypadku nie nadającym się do leczenia partigenami.

Leichtweiss. **Wartość lecznicza stosowania tuberkuliny podług Ponndorfa.** Metoda P. polega na wcieraniu paru kropel tuberkuliny w bardzo powierzchowne nacięcia skóry na ramieniu (15 do 25 nacięć, 3—5 cm. długich) raz na 3 lub 4 tygodnie. Zdania o wartości tej metody są różne, przeważnie ujemne. Autor jest jej zwolennikiem, jakkolwiek przyznaje, że dawkowanie jest tu bardzo niedokładne. Współcześnie stosuje dożylnie roztwór *Calcii chlorati*.

H. Ladebach. **W sprawie odmy sztucznej.** Opis nowego przyrządu. Propozycja zakładania odmy przy pomocy zastrzykiwania roztworu soli kuchennej, w celu uniknięcia zatoru gazowego.

O. Pöhlmann. **Środek przeciw gruźlicy Friedmanna.** Autor nie widział korzyści (22 przypadki), ale jeszcze nie potępia tego środka.

E. Schmidt. **Gruźlica chirurgiczna.** Światło słoneczne, powietrze i dobre warunki sanitarne, obok wytrwałości — są najwłaściwszemi środkami leczniczemi.

H. Kersten. **Gruźlica na oceanie Cichym.** Przebiega zwykle, jak suchoty galopujące, wskutek braku względnej odporności wśród ludności dotąd wolnej od tej zarazy.

Büttner, Wobst i Heineke. **Droga do sanatorjum.** Chorych należy przed umieszczeniem w sanatorjum poddać obserwacji szpitalnej.

R. Peters. **Wartość rozpoznawcza próby Pirqueta na podstawie większej statystyki.** Praca zmierza do tego, że wynik dodatni próby Pirqueta jest dowodem obecności ogniska gruźliczego i laseczników żywych; należy więc leczyć. Obok środków higieniczno-djetetycznych — tuberkulina; prze-

dewszystkiem zaleca autor: wcieranie maści Petruschky'ego (którego asystentem jest autor).

F. Hamburger. **Gruźlica w wieku szkolnym.** Autor prostuje wysokie liczby statystyczne częstości gruźlicy, które w swoim czasie podał, tyczą się nie krajów Europy wogóle, ale ludności miast wielkich.

Frisch i Kollert. **O t. zw. lipazach krwi u gruźliczych.** W przypadkach gruźlicy włóknistej krew zawiera wiele, w przypadkach gruźlicy wysiękowej, mało lipaz. Stała kontrola przebiegu gruźlicy wykazuje wahania ilości lipaz w związku z poprawą i pogorszeniem stanu ogólnego; znać tu wpływ gruczołów dokrewnych. Między ilością limfocytów i ilością lipaz stałej zależności nie spostrzeżono.

H. Gross. **Czy do założenia odmy sztucznej używać tlenu czy dwutlenku węgla.** Badania doświadczalne doprowadzają do wniosku, że dwutlenek węgla o wiele jest właściwszy, ponieważ krew go szybciej pochłania, co zabezpiecza od zatoru gazowego.

K. Peyrer. **O niebezpieczeństwie zakażenia gruźlicą w starszem dzieciństwie.** Opis dwu przypadków zakażenia się sześcioletnich dzieci z następowym przebiegiem śmiertelnym.

S. St. (Łódź).

Chirurgja.

The Lancet.

15 X. 1921.

Davies. **Kule włosowe żołądka i przewodu pokarmowego** Choroba, nosząca miano «*trichobezoar*» lub »*phytotrichobezoar*» (*tumeur pileuse, hairball*), nie jest tak wielką rzadkością, jak wielu sądzi; po raz pierwszy opisał ją Baudamant w roku 1779; do chwili obecnej w piśmiennictwie zebrano 108 przypadków. Badanie promieniami *X* ułatwia rozpoznanie w razach podejrzanych. U zwierząt połykanie szerści w okresie lenienia jest zjawiskiem zwykłem; powstające w ten sposób kłęby włosia zostają ostatecznie wydalane wraz z kałem. Ciekawą jest rzeczą, że kłęby włosowe najczęściej spotykają się u Angielek. Połykanie włosów rozpoczyna się od najwcześniejszego dzieciństwa, a nie ma nic wspólnego z upośledzeniem umysłu.

Zboczenie to ma pokrewieństwo z jedzeniem kredy, drzewa i t. p. Wiele kobiet obgryza końce włosów, jednak ich nie połyka. Zatrzymywanie się włosów w żołądku, sprzyjające gromadzeniu się większych mas, zależy od przenikania ich w głębokie fałdy śluzówki. W miarę napływania nowych ilości włosów guz rośnie więcej w kierunku podłużnym, niż poprzecznym, i wytwarza odlew jamy żołądka, przenikający w odźwiernik. Ruchy robaczkowe mięśniówki narządu sprzyjają zbijaniu się kłęba; wielkość jego dochodzi do wagi 6 $^1/_2$ funta. Rzeczą godną zaznaczenia jest tolerancyjność żołądka wobec olbrzymich mas włosów; ostatecznie jednak przychodzi wybuch w postaci zapadu, wymiotów i innych objawów niedrożności przewodu pokarmowego.

Rozpoznanie najczęściej bywa fałszywe: guzy śledziony, wątroby, nawet ciążę, przypuszczano tam, gdzie podczas operacji okazał się kłąb włosów w żołądku. D. podaje swoje dwa przypadki; w jednym wymiary guza były 62 cm. na 32 cm. waga 6 $^1/_2$ funta; chora zmarła w godzinę po operacji; w drugim guz był mniejszy (3 $^1/_2$ funta); operowana wyzdrowiała. Godne uwagi są przypadki, gdzie po pomyślnem usunięciu włosów z żołądka po pewnym czasie występowały objawy niedrożności jelit powodowane obecnością kłęba włosowego w kątnicy. Pracę swoją opiera D. na bardzo starannie zebranem piśmiennictwie (podaje ogółem 50 prac), załączając obrazy roentgenologiczne żołądka, wypełnionego guzem włosowym i bismutem, oraz fotografię swego sześciofuntowego «hairball'a».

26. XI. 1921.

Sampson Handley. **Toczeń jako choroba układu chłonnego.** Myślą przewodnią odczytu wygłoszonego przez H. na posiedzeniu »*R. Coll. of Surg. of Engl.*« jest zdanie, że „*lupus tuberculosus*“ nie jest cierpieniem skóry, lecz układu chłonnego, mianowicie *lymphangitis destructiva* powłok zewnętrznych ciała“. Oddawna uznawano, że wszelka postać tocznia, wcześniej czy później, zakaża układ chłonny. Otóż dziś wiemy niezbicie, iż w układzie tym bierze początek wymieniona sprawa. Inaczej mówiąc, początkiem tocznia jest wtargnięcie zarazków gruźliczych do skórnych dróg chłonnych.

Autor opiera swe spostrzeżenia na drobiazgowych badaniach histologicznych, podając w pracy kilka ilustracyj. Przedewszystkiem mamy obraz prawidłowy układu chłonnego powłok zewnętrznych. Widzimy tu, że początek dróg chłonnych znajduje się w brodawkach skórnych, mianowicie po jednem naczyńku na każdą brodawkę, przyczem, podobnie jak w kosmkach jelitowych, owo naczynie stanowi ośrodek całego układu, jest również otoczone siecią naczyń włosowatych. Bardzo liczne kanały chłonne naskórka łączą się w mniejszą ilość grubszych naczyń skóry właściwej, co ma miejsce w zewnętrznej jednej trzeciej grubości skóry. Od tych niejako gałęzi i konarów drzewa idzie jego pień pojedyńczy, biegnąc poprzez podskórną tkankę tłuszczową, by w obrębie powięzi głębokiej dać gęstą sieć rozgałęzień na podobieństwo korzeni podziemnych. Na całej przestrzeni układowi chłonnemu towarzyszą naczyńka tętnicze i żylne. Opisane dane anatomiczne grają nader ważną rolę w patologji. Przechodząc do patologji układu chłonnego, autor zwraca uwagę, że stałym wynikiem utrudnionego odpływu limfy w skórze jest przerost brodawek. Szczyt podobnych zmian widzimy w słoniowatości. Co się tyczy tocznia, to jego rozwój po powierzchni jest możliwy jedynie na drodze przenikania sprawy zakaźnej do sieci powięziowej, ponieważ sąsiadujące z sobą tereny sieci skórnych nie mają bezpośredniego z sobą połączenia. Tensam typ wędrowania sprawy chorobowej widzimy w raku i mięsaku czerniaczkowym. Pojedyńczy «guzek lupusowy» jest niczem innem, jak wtargnięciem sprawy zapalnej w sferę pierwotnego skórnego rozgałęzienia naczyńka chłonnego.

Leczenie czysto chirurgiczne, to jest wycinanie chorych ognisk, winno się liczyć z danemi przed chwilą podanemi, mianowicie część wycięta musi przekraczać teren oczywiście chory około 1 ctm. wokoło i, co najważniejsze, objąć powięź głęboką, która, jak już wiemy, jest drogą przejścia zakażenia do terenów sąsiednich. W głębi rany muszą być widoczne obnażone mięśnie zupełnie zdrowe. Oczywiście sposób ten może być zastosowany tylko na kończynach i tułowiu, na twarzy jest niewykonalny ze względów choćby kosmetycznych. Dla osiągnięcia wyniku pewniejszego dno rany należy wypalić i pokrycie naskórkiem odłożyć do czasu wytworzenia się zdrowej ziarniny. W razie zajęcia głównej drogi chłonnej i gruczołów wycinamy je razem z terenem skórnym (»*monobloc method*«).

Co się tyczy zabiegów niekrwawych, to przekrwienia zastoinowego sposobem Biera wyrzekł się już sam twórca. Ten sam los spotkał naświetlania Finsen'owskie z tego powodu, że promienie działają jedynie powierzchownie i nie wywierają żadnego wpływu na warstwy głębokie dróg chłonnych, o które przedewszystkiem chodzi. Pozostaje leczenie radem. Pinch z instytutu radjologicznego pisał jeszcze w r. 1919: »Przypadki zastarzałe, których nie udaje się wyleczyć ani Finsenem, ani Roentgenem, ani CO_2, ani śniegiem, nasiekaniami, przypalaniami i t. d., często goją się bardzo prędko po krótkiem stosowaniu radu». Miejsca owrzodzone należy naświetlać półtorej godziny bez filtru, natomiast tereny nie owrzodzone i twardo nacieczone wymagają długiego naświetlania z filtrem srebrnym 1 mm. lub ołowianym 2 mm. Poza działaniem bakterjobójczem na miejsce chore rad wywołuje w sąsiedztwie zdrowem odczyn zapalny jałowy dróg chłonnych i prowadzi do zamknięcia ich światła, stwarzając w ten sposób barjerę przeciw dalszemu zakażeniu. W celu przeniknięcia do powięzi głębokiej należy stosować promienie »gamma». *E. Lewenstern.* (Warszawa).

Journal de Chirurgie.

N. 3. 1921.

Mouchet i Durand. **Leczenie operacyjne wrodzonego zwichnięcia rzepki.** Opis metody operacyjnej, polegającej na zmianie sposobu Roux: oddłutowanie guzowatości kości łydkowej wraz przyczepem ścięgna rzepkowego; wypreparowane ścięgno wraz z rzepką przewleczono przez otwór w torebce stawowej i przemieszczono w kierunku na wewnątrz; ścięgno rzepkowe wraz z przyczepem kostnym, poprzednio oddłuto-

wanym, przymocowano śrubą do kości łydkowej. Po upływie 2 miesięcy próby chodzenia wykazały wynik zadowalniający; pozostało ograniczenie zginania (do 90°), zależne od przesunięcia kości udowej ku przodowi (subluxacja w stawie kolanowym, zależna od długotrwałego zgięcia w tym stawie przed operacją); dla uniknięcia tego w analogicznych przypadkach zalecają autorowie przedłużenie ścięgna mięśnia czworogłowego.

Madier. **Leczenie operacyjne spodziectwa** (*hypospadiasis*) **żołędzi i prącia sposobem Beck-Hackera.** Dzięki wielkiej rozciągliwości daje się cewka moczowa, wypreparowana ze swego łożyska, przeszczepić celem pokrycia wrodzonego ubytku w przedniej części prącia; jako zalety tej metody podnoszą utrzymanie ciągłości nienaruszonej całej cewki moczowej, bez szwów, pozostawienie jej w otoczeniu ciał jamistych, wytworzenie ujścia cewki na końcu żołędzi, jednoczasowość zabiegu i estetyczny jego wynik. Dla otrzymania dobrego wyniku należy, zdaniem M., uwzględnić szereg warunków: najdogodniejszy wiek jest pomiędzy 4–6 rokiem życia; w przypadkach, gdzie otwór wewnętrzny jest bardzo mały, należy go zawczasu przed operacją rozszerzyć na drodze bezkrwawej lub krwawej. Po operacji na ranę zakłada się opatrunek przylepcowy, nie okrążający prącia, celem uniknięcia obrzęku żołędzi i napletka; nigdy nie zakłada M. cewnika na stałe, nie było też nigdy potrzeby cewnikowania pęcherza, mocz oddają chorzy sami, jakkolwiek początkowo jest to dość bolesne, nie dłużej jak pierwsze 36—48 godzin; rana goi się w przeciągu 8—19 dni. Na 15 przypadków, w 13 wynik był zupełnie dobry, w 2 powstały nieznaczne przetoczki, zależne od uszkodzenia zcieńczałej cewki w czasie wypreparowywania. M. uważa metodę Beck-Hackera za najlepszą.

N. 4.

De Lamotte. **Chirurgja migdałków.** Autor jest zwolennikiem wyłuszczania migdałków powiększonych, uważa wycinanie ich (*amygdalotomia*) za niedostateczny zabieg, pozostawiający nadal ogniska zakażenia i umożliwiający nawroty. Metoda podana przez L. jest modyfikacją sposobu Vachera. Operację wykonuje zawsze w uśpieniu chlorkiem etylu, wyjątkowo u dorosłych w znieczuleniu miejscowem nowokainą, bez adrenaliny (niebezpieczeństwo krwotoków następowych). Sam zabieg polega na nacięciu błony śluzowej u podstawy migdałka, wyważeniu całego migdałka z jego łożyska i odcięciu zimną pętlą od szypuły naczyniowej. W przypadkach, gdzie wystąpi znaczne krwawienie, L. wykonuje obkłucie krwawiącego naczynia, o ile zaś krwawienie jest miąższowe, stosuje podskórnie wyciąg z przysadki mózgowej, a miejscowo ucisk guzikiem; zwykle to wystarcza, w przeciwnym razie zakłada szwy na łuki podniebienne.

Lenormant. **Branchioma malignum.** Opis 4-ech przypadków, spostrzeganych w ciągu 2 lat, co wskazuje, zdaniem autora, na nie zbytnią rzadkość tych nowotworów. Guzy te występują w liczbie jednego, w jednym z opisanych występował on jako torbiel, która po wyłuszczeniu dała wkrótce nawroty pod postacią guzów o typie utkania mięsakowego. Leczenie operacyjne, zalecane przez Lenormanta, opiera się na następujących wskazówkach: 1) należy stwarzać sobie szeroki dostęp do guza, najlepiej przez cięcie płatowe, z dodatkiem ewentualnym wycięcia obojczyka; 2) wobec zwykle spotykanych zrostów z otoczeniem należy guz wyłuszczać wraz z przyległemi mięśniami (mostko-sutkowym) i żyłami (szyjna wewnętrzna z dopływami); 3) co się tyczy pni tętniczych, to trzeba czynić wszelkie wysiłki, aby je zachować; podwiązanie pni tętniczych szyjnych, zdaniem L., może spowodować zaburzenia mózgowe; aby opanować łatwo ewentualny krwotok w czasie zabiegu, można podwlekać pod pień tętnicy podwiązkę nie zawiązując jej; na wypadek koniecznego wycięcia tętnicy szyjnej radzi L. wszczepienie tętnicy celem pokrycia ubytku; 4) pnie nerwowe, a zwłaszcza nerw błędny, należy oszczędzać, o ile to jest możliwe; 5) wraz z nowotworem należy wyłuszczać sąsiednie gruczoły chłonne, pomimo tego L. uważa nawroty po operacji za regułę, występują one bardzo szybko, np. 3 tygodnie po operacji, jakkolwiek znane są przypadki wyleczenia trwałego. Leczenie promieniami Roentgena i radu dotychczas nie dało zadowalniających wyników.

N. 5.

Lorin. **Anatomia i chirurgja gruczołów przytarczowych.** Obszerna praca, której streszczenie przedstawia się, jak następuje:

1) U ludzi spotykamy tylko zewnętrzne gruczoły przytarczowe, u zwierząt także i wewnętrzne, tj. śród utkania gruczołu tarczowego; rozróżniamy dwie grupy: dolną i górną. 2) Grupa dolna, wbrew dotychczasowej opinji, jest wybitniejszą, stalszą i znajduje się poza dolnym biegunem płata bocznego gruczołu tarczowego. 3) Grupa górna jest niestała, umiejscowioną bywa poza gruczołem tarczowym, na wysokości jego górnej lub środkowej $1/3$. 4) Każdy gruczoł przytarczowy posiada własną tętniczkę, jako rozgałęzienie tętnicy tarczowej dolnej. 5) Wbrew twierdzeniu Halsted'a, Evans'a i Alamartine'a gruczoły przytarczowe nie posiadają tętnic dodatkowych, pochodzących z innych tętnic, jak tarczowe. 6) Przy wszystkich operacjach wycinania, wyłuszczania, a nawet tak zw. hemithyreoidektomji należy szanować tylną część torebki gruczołu tarczowego na całej jej wysokości. 7) Podwiązanie tętnicy tarczowej dolnej zawsze ułatwia zabiegi na gruczole tarczowym. 8) Podwiązywać należy tętnicę tarczową na zewnątrz od powięzi okołotarczowej, a na wewnątrz od tętnicy szyjnej. 9) W przypadkach, gdzie, jak np. przy chorobie Basedowa, należy podwiązać kilka tętnic tarczowych, jedną z czterech głównych tętnic należy zostawić niepodwiązaną; dzięki połączeniom podłużnym i poprzecznym, odżywianie gruczołów przytarczowych pozostanie dostateczne.

Lance, Andrien i Capelle. **Osteochondritis deformans juvenilis.** Na podstawie 17 przypadków autorowie dochodzą do wniosku, że w większości przypadków kiła dziedziczna odgrywa rolę czynnika chorobotwórczego; możliwem jest, że inne choroby zakaźne również mogą stanowić tło tego cierpienia stawów, przy pochodzeniu kiłowem rokowanie należy stawiać lepsze, niżeli przy innem tle; energiczne i wczesne leczenie daje wyleczenie zupełne i *restitutio ad integrum*.

T. Ostrowski. (Lwów).

Choroby kobiece i położnictwo.

Gynécologie et obstétrique.

Nr. 4. 1921.

Edmond Lévy-Solal (Paryż). **Przyczynek do nauki o stosunku kiły do przerostu łożyska.** Na podstawie materjału kliniki Baudelocque'a i poradni przeciwkiłowej dochodzi autor na podstawie dokładnych zestawień i sumiennych rozstrząsań do następujących wyników:

1) Jeśli ciężarna nabyła kiły już podczas ciąży, przerost łożyska spostrzega się mniej więcej w $1/3$ przypadków. Najczęściej spostrzega się ten przerost tam, gdzie kiła zjawiła się w samym początku ciąży.

2) W przypadkach kiły czynnej, nie leczonej i objawiającej się podczas ciąży, ciężar łożyska jest w przeważnej części wyższy od prawidłowego.

3) Kiła dawna nieleczona, ale niedająca świeżych objawów, wywołuje mniej więcej w połowie przypadków przerost łożyska.

4) Nie ulega wątpliwości, że leczenie przeciwkiłowe przeciwdziała temu przerostowi. W tym względzie wybitniej działa leczenie arsenikalne, niż rtęciowe.

5) Z ogólnej liczby przerostów łożyska 55% zawdzięcza swoje powstanie kile.

A. Rosner (Kraków).

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 1. 1922.

C. Menge. **Gruczolak ciała macicy u staruszek.** Cierpienie to spostrzegał autor w 8 przypadkach. Charakteryzuje się ono klinicznie powiększeniem ciała macicy, które przy badaniu jest miększe. Występujące nieregularnie krwawienia każą myśleć przedewszystkiem o raku. Przy skrobaniu macicy stwierdza się zawsze znaczną łatwość rozszerzenia szyji i obecność guza w jamie macicy, który szczypczykami daje się usunąć. Budowa anatomiczna nie przedstawia nic złośliwego. Najwięcej charakterystyczną cechą tego nowotworu jest to, że występuje zawsze w kilka lub kilkanaście lat po usta-

niu regularności, kiedy więc błona śluzowa macicy w większym lub mniejszym stopniu uległa już zanikowi. Nawrotów cierpienia nie spostrzegał.

F. Lichtenstein. **Dziesięć lat postępowania położniczego wyczekującego przy drgawkach porodowych.** Postępowanie wyczekujące przy drgawkach porodowych, polegające na upustach krwi i stosowaniu narkotyków, zdaniem autora, ma wyższość nad szybkiem rozwiązaniem rodzącej a to dlatego, że wiele przypadków zwolna ulega wyleczeniu, nie powstają u rodzącej żadne ciężkie obrażenia (skrwawienie, zakażenie), następowo rodząca nie jest narażona na następstwa zranień (przetoki, blizny w szyji macicy), że śmiertelność matek i dzieci spadła niemal o połowę przy tem leczeniu w porównaniu do postępowania czynnego i wreszcie, że lekarz praktyk sam sobie pozostawiony łatwiej może i skuteczniej pomódz rodzącej, aniżeli ciężkimi i poważnymi zabiegami operacyjnymi. Zapatrywanie swe popiera autor licznemi zestawieniami statystycznemi, przyczem obszernie omawia krytycznie liczne zapatrywania i teorje samych drgawek porodowych. W ostatnich latach zamiast morfiny stosował z dobrym skutkiem pantopon lub laudanon, a dla wzmożenia moczenia okazał się bardzo skutecznym środkiem euphyllin.

H. Küster. **W sprawie zmniejszenia niebezpieczeństwa poronienia przy operacjach na macicy ciężarnej.** W 2 przypadkach operacji plastycznej na części pochwowej macicy ciężarnej zastosował autor wstrzyknięcie w część pochwową 10 cm³ 1%-owego rozczynu nowocainy-suprareniny. Sądzi, że w ten sposób zapobiegł zadziałaniu urazu operacyjnego na macicę ciężarną i dlatego nie przyszło do poronienia. Poleca ten sposób do wypróbowania.

W. S. Flatau. **Ulepszenie przy wewnątrzmacicznem stosowaniu radu.** Zastosowanie radu wewnątrz macicy często powoduje uboczne a niepożądane powikłania z powodu gorączki resorbcyjnej, wywołanej zastojem wydzieliny jamy macicy. By temu zapobiedz, wprowadza autor rad do macicy w cylindrze srebrnym dziurkowanym, przez co odpływ z jamy macicy jest zupełnie swobodny.

Erich Färber. **Pojedyńczy miednicomierz dla wszystkich dostępnych wymiarów miednicy kobiecej.** Linja z podziałką, na której swobodnie przesuwać się dają dwa sznurki. Jeden z nich sztywny zapomocą palca badającego usadawia się końcem na odpowiednim punkcie wewnątrz miednicy, drugi na punkcie zewnętrznym. Notuje się kąt ustawienia obu sznurków na skali, poczem odtwarza się ich ustawienie na papierze i mierzy daną odległość. (Rycina i objaśnienie dokładne w tekscie). *K. B.* (Lwów).

Monatsschrift f. Geb. u. Gynaek.

Tom 54. Zeszyt 3, Marzec.

Edm. Herrmann. **Wpływ lipoidu ciała żółtego wzgl. łożyska na krwawienia, cykl miesiączkowania i zaburzenia w okresie przekwitania.** Z dojrzałych żółtych ciał krowich, tudzież z dojrzałego ludzkiego łożyska, może być według określonej metody dobyte ciało, chemicznie określone jako lipoid, które po zastrzyknięciu wpływa silnie podniecająco na rozwój całego narządu płciowego, jakoteż i gruczołów piersiowych u rosnących królików-samiczek. Przy pomocy 5 zastrzyknięć zwiększanych stopniowo porcyj preparatu można w przeciągu 10 dni u 8-tygodniowych królików otrzymać taki stopień rozwoju narządu płciowego, który fizjologicznie odpowiada 25-30 tygodniom. W końcu całego okresu doświadczalnego osiągnięte zmiany w narządach, za wyjątkiem jajnika, wykazują makro- i mikroskopowo już te formy, które najlepiej określają się mianem ruji.

Zwracając w swoich doświadczeniach uwagę na zachowanie się jajnika, autor spostrzegał, że ten, w przeciwieństwie do całego narządu płciowego, wykazywał wstrzymanie dojrzewania aparatu pęcherzykowego. Korzystając z tych spostrzeżeń, autor stosował preparat na takich chorych w klinice, które wykazywały zaburzenia, przypuszczalnie związane z nadmierną czynnością aparatu pęcherzykowego. Przypadki, które w pierwszej linji wzięte były do badań, to te, gdzie, przy zupełnie normalnym objektywnym stanie narządu płciowego, miesiączkowanie występowało częściej, niż jeden raz w ciągu 28 dni, dalej przypadki z meno- i metrorrhagia przy normalnym stanie narządu, następnie przypadki z meno- i metrorrhagia u dziewcząt i kobiet w okresie przekwitania, wreszcie przypadki krwawień przy zapalnych procesach w przydatkach, co do których, zdaniem autora, przyczynę należałoby w znacznej mierze upatrywać w jajnikach. Ilość zbadanych przypadków 73.

Wnioski: Przy krwawieniach pochodzenia jajnikowego można w 95% otrzymać dobry natychmiastowy skutek, a w 74% dobry trwały skutek. Najlepiej reagują na zastrzykiwanie preparatu meno- i metrorrhagia przy normalnym i zapalnym stanie narządu płciowego. Krwawienia u dziewczynek łagodnieją, w okresie przekwitania zaś dają dobry natychmiastowy wynik, ale na trwałość niezadowalniający.

Zaburzenia w okresie przekwitania pod wpływem preparatu albo się wyraźnie zmniejszają, albo zgoła ustępują.

K. Łuniewski (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXVII. Posiedzenia naukowe z d. 21 XII. 1921 r.

Przewodniczy kol. Rosner, członków obecnych 96.

Przewodniczący wita gościa kolegę prof. Lotha z Warszawy, dzisiejszego prelegenta.

Kol. Loth wygłosił odczyt pt. **Współczesne poglądy na normalną budowę człowieka, a konstytucjonalizm.** (Streszczenie własne).

Prelegent stwierdza na wstępie, że zmienność w budowie człowieka jest zjawiskiem powszechnie znanem. Możemy rozpoznawać dużą zmienność geologiczną u form prehistorycznych, zmienność w sensie geograficznym na różnych punktach kuli ziemskiej, czyli zmienność rasową i wreszcie zacieśnioną zmienność indywidualną w obrębie jednej tylko grupy lub rasy ludzkiej.

Badając jakąkolwiek cechę, należy przedewszystkiem ustalić wszystkie, mogące występować typy morfologiczne, poczem dopiero ustalić statystycznie, który z nich przedstawia typ normalny. Na pozostałe formy nie należy patrzeć, jak na „anomalje“ lub „warjacje“, lecz, jak na odmiany w sensie biologicznym.

Różną procentowość występowania cech można uzasadnić statystycznie, stosując np. różne możliwości prawa Mendla. Autor rozróżnia cechy paleofilogenetyczne, wywodzące się aż od ryb, filogenetyczne od płazów i gadów, genetyczne od ssaków i antropogenetyczne od człekokształtnych, dalej cechy eugenetyczne, czyli ściśle ludzkie, i wreszcie progenetyczne tj. takie, do których ludzkość dąży, ale jeszcze nie doszła, podczas gdy te same cechy występują już, jako reguła, u innych zwierząt człekokształtnych.

Według tego podziału należy też po uprzedniem zbadaniu każdej cechy kwalifikować jej odmiany, jako prymitywne i progresywne. Prelegent zaznacza, że t. zw. cechy eugenetyczne przeważnie należą do kategorji rzadkich odmian (1—10%), podczas gdy większość cech typowych i normalnych, to są cechy antropogenetyczne. Nawiązując do teorji konstytucjonalizmu autor stwierdza, że ta metoda oceny filogenetycznej była dotąd zupełnie pomijana i że wskutek tego wkradło się dużo błędnych pojęć, gdyż medycyna kliniczna operuje określeniami „regresywny“, „cecha degeneracyjna“ i tak dalej, tam, gdzie chodzi jedynie np. o cechy progresywne. Autor nawołuje więc do rewizji podłoża morfologicznego teorji konstytucjonalizmu w myśl wypowiedzianych uwag.

W dyskusji kol. Blassberg stwierdza, że podczas gdy prelegent zastosował do konstytucjonalizmu probierz biologiczny i rozpatrywał cechy konstytucjonalne porównawczo-anatomicznie jako regresywne względnie progresywne, to jednak dla kliniki oznacza konstytucjonalizm coś innego. Jest to pojęcie istniejące już od czasów Hippokratesa, które współczesna klinika na nowo wskrzesiła i ożywiła. W konstytucjonaliźmie szuka klinika zespołu znamion, które cechują organizmy w ich indywidualnem oddziaływaniu na zewnętrzne bodźce chorobotwórcze i powodują, że rozmaite ustroje wobec czynników tych, np. wobec inwazji bakteryj, różnie i odmiennie się zachowują. Jeżeli np. ustrój jakiś cechuje pewien stan anatomiczny, np. przerost grasicy i narządu limfatycznego lub niedorozwój układu krwionośnego, to klinicznie nie chodzi o to, czy stany te są biologicznie regresywne, czy progresywne, lecz jaka jest ich wartość dla ustroju, dla większej lub mniejszej siły odpornej wobec nagabujących go czynników chorobotwórczych. Konstytucjonalizm powstał zatem wyłącznie dla potrzeb patologji lekarskiej i tem różni się od innych ugrupowań objawowych, które, jak np. skośny układ oczu łącznie z budową czaszki i innemi znamionami u mongołów, mogą łączyć się dla badaczy w inne kompleksy np. antropologiczne. (Streszczenie własne).

Kol. Ciechanowski sądzi, że jednej zwłaszcza myśli prelegenta należy przyklasnąć, a mianowicie, że trzeba cechy morfologiczne poddać rewizji. Wiadomo, że cechy te nie zawsze

istnieją i że znaczna ilość cech, uważanych przez nas za pierwotne, nie zawsze należy do pierwotnych.

Kol. Kostanecki sądzi, że nauka o konstytucjonaliźmie nie wprowadza nowych faktów, tylko rozpatruje je z innego punktu widzenia, przestrzega przed mieszaniem pojęć *varietas i anomalia*.

Kol. Talko-Hryncewicz zgadza się z zapatrywaniem, iż my naogół mało wiemy o rasowych cechach człowieka, a dopóki te cechy nie będą dokładnie zbadane, nie można mówić o cechach degeneratywnych.

Kol. Orłowski podnosi, iż klinika, uznając doniosłość badań, prowadzonych w kierunku wskazanym przez prelegenta, nie może w żaden sposób zgodzić się z poglądem prelegenta, że, nim nie zostanie poznana normalna konstytucja ustroju, powinna klinika zaniechać współczesnych pojęć klinicznych o konstytucji. Takie postępowanie stanowiłoby ogromny krok wstecz w rozwoju medycyny praktycznej. Istotnie, pojęcie konstytucji i znaczenie tego czynnika w klinice wypłynęły z nieprzepartą siłą ze spostrzegań codziennych faktów. To spostrzeganie wykazało nam, że istnieje pewien zespół, raczej nawet zespoły odziedziczonych przez ustrój właściwości morfologicznych, a zwłaszcza czynnościowych, które odgrywają ogromną rolę w życiu ustroju. Podobny zespół dotyczyć może poszczególnych układów ustroju, odpowiednio do tego klinika odróżnia konstytucję układu krwionośnego, krwiotwórczego i innych układów, które w zespole stanowią o konstytucji każdego osobnika. W poszczególnych zespołach jedne cechy mogą mieć charakter postępujący, inne pierwotny, jakto widzimy i w badaniach prelegenta, dotyczących morfologji. To różniczkowanie cech na razie klinikę mniej obchodzi, klinikę zajmują cechujące pewne konstytucje, zespoły *in toto*, zauważono bowiem, że pewne konstytucje usposabiają do pewnych schorzeń lub wpływają na ich przebieg i odwrotnie mogą poniekąd chronić ustrój od zapadania na niektóre sprawy chorobowe. Konstytucja więc może dla ustroju mieć nie zawsze tylko ujemne znaczenie, lecz też i dodatnie wobec niektórych szkodliwości. Przypomnę tylko zaznaczony jeszcze przez Rokitańskiego fakt stosunkowo rzadkiego zapadania na gruźlicę płuc osób ze skazą moczanową. Wyrzec się tych wszystkich faktów oraz zaniechać w klinice dalszego opracowywania zagadnień, związanych z konstytucją, nim antropologja i inne doktryny wyświetlą nam normalną konstytucję, znaczyłoby źle się przysłużyć sprawie, która leży na sercu i nam i prelegentowi. Śledząc z uwagą zdobycze innych doktryn w nauce o konstytucji nie zrzeknie się klinika dalszych samodzielnych dociekań w tej dziedzinie, pomimo ujawniającej się chęci sprowadzenia z tej drogi. (Streszczenie własne).

Kol. Oszacki zaznacza, że inne jest pojęcie konstytucjonalizmu przez przyrodnika biologa, inne zaś przez lekarza klinicystę, podczas gdy pierwszy opiera się na danych statystycznych i jako typ przyjmuje typ częściej spotykany, lekarz za miarę bierze typ idealny człowieka zdrowego. Mowca sądzi, że stanowisko, na jakiem stoi przyrodnik pod względem pojęcia konstytucjonalizmu, lekarzowi nic nowego nie przyniesie.

Dalej w dyskusji przemawiali koledzy Glasner, Rogalski, Rosner, Rose, Eisenberg.

Kol. Blassberg w odpowiedzi prof. Rosnerowi zaznacza, że co do pojęcia konstytucjonalizmu, jako bezwzględnie dziedzicznego, nie wszyscy się zgadzają. Niektórzy bowiem przyjmują konstytucjonalizmy nabyte przez długotrwałe działanie różnych jadów. Nadto przyjmują konstytucjonalizmy parcjalne, a profesor Browicz w świeżo wydanych „Szkicach anatomiczno patologicznych“ przyjmuje oprócz dziedzicznego konstytucjonalizmu pokoleniowego także konstytucjonalizm zawiązkowy czyli zarodkowy oraz konstytucjonalizm rozwojowy, (Streszczenie własne). W końcu przemawiali w dyskusji koledzy: Kostanecki (powtórnie), Rosner (powtórnie) Oszacki (powtórnie), Eisenberg (powtórnie) i prelegent. *Szancenbach* (sekretarz).

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 13. stycznia 1922 r. Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 68.

Posiedzenie zagaja prezes i przedstawia program już zgłoszonych wykładów na bieżące półrocze, oraz podkreśla konieczność współpracy wszystkich członków ze względu na dobro Towarzystwa.

1. Kol. Allerhand przedstawia 21-letniego mężczyznę z wrodzonym brakiem zębów znacznego stopnia, którego ośmioletni brat jest też dotknięty tąsamą nieprawidłowością rozwojową. Starszy posiada w szczęce górnej tylko korzeń kła prawego, a w żuchwie drugi trzonowiec mleczny po stronie prawej i korzenie pierwszego trzonowca stałego po stronie lewej (prócz tych był jeszcze kieł lewy górny, który wypadł); młodszy ma w szczęce górnej oba drugie trzonowce mleczne, a w żuchwie oba drugie trzonowce mleczne i oba pierwsze trzonowce stałe. Radjogramy (pokaz) wykonane u obu braci, wykazują zupełny brak jakichkolwiek zębów zatrzymanych w szczękach, a wiarygodne wywiady stwierdzają, iż żadne inne zęby ani nie zostały usunięte ani nie wypadły. Zachodzi więc wrodzony brak zębów (*anodontia*). Nawiązując do przedstawionego przypadku przytacza mowca opisy kilku rzadkich podobnych przypadków z piśmiennictwa zagranicznego, poczem omawia, przedstawiając rysunki, rozmaite stopnie braku uzębienia, ich tłumaczenie morfologiczne tudzież przypuszczenia, odnoszące się do etjologji. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zapytuje kol. Sieradzki, jakie będzie leczenie dentystyczne tego przypadku, a kol. Nowicki doradza przeprowadzenie dokładnych badań antropologicznych szczęki, ze względu na postępującą w rodowym rozwoju redukcję szczęki u kręgowców w miarę redukcji zębów.

2. Kol. Strzałkowski przedstawia mężczyznę 18-letniego z nadliczbowością umiarową palców zupełną. Szósty palec ręki prawej połączony jest kostniną z piątą kością śródręcza pod kątem 90°; posiada staw członu paznokciowego względnie ruchomy bez wykształconego aparatu ruchowego. Szósty palec lewej ręki na szypule łącznotkankowej. Na kończynach dolnych szóste palce wykształcone, prawidłowo ruchome. Dziedzictwo w rodzinie wykazane; statystyki prof. Schramma i Karewskiego na 60.000 wykazują 16 przypadków niezupełnej nadliczbowości palców.

3. Kol. Musiał przedstawia chorą, lat 26, która 26 grudnia 1921 zażyła 20 gr. chininy. Po zażyciu wystąpiła głuchota, szum w uszach, drgawki i obustronna ślepota, utrzymująca się 36 godzin. Badanie w tym czasie wykazało źrenice bardzo znacznie rozszerzone, brak oddziaływania na światło, oddziaływanie natomiast przy zbieżności. Na dnie oczu naczynia i tarcze nerwu wzrokowego prawidłowe. Siatkówki szaro brunatne, jakby obrzękłe; plamki żółte owalne, wiśniowo-czerwone, przypominające obraz zaczopowania tętnicy głównej siatkówki. Bystrość wzroku powróciła trzeciego dnia, widzenie tylko naośne. Poczucie barw prawidłowe, centralnie widziane. Dnia 5 naczynia siatkówki wąskie, tarcza nerwu wzrokowego blada, ostro odgraniczona. Następnie omówił prelegent zapatrywania co do sposobu powstawania ślepoty pod wpływem chininy. (Ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Ziembicki podnosi, że chora zażyła chininę, jako *abortivum*, kol. Bednarski poleca lecznicze nakłucie lędźwiowe, kol. Reis przypomina pracę Lewina z 1911 roku nad pracownickami przy chininie, u których często widywał poronienia, spostrzegane także w miejscach zimnicznych w Indjach, już po dawkach 0·7—1·0 gr. chininy.

4. Kol. Bocheński wygłasza odczyt: O postępowaniu przy łożysku przodującem ze szczególnem uwzględnieniem cięcia cesarskiego, z przedstawieniem chorej. (Patrz str. 171.)

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 22 listopada 1921 r. Obecnych 25.

1) Kol. Wrześniowski przedstawia:

a) Żyłę podskórną odpiszczelową (*vena saphena maj.*), wyciętą od miejsca połączenia z żyłą udową prawie do kostki. Powodem zabiegu było zapalenie zakrzepowe z objawami ropnicy. Po wycięciu żyły ciepłota spadła. Po 4 dniach krótkotrwałe podniesienie ciepłoty do 38°, przypuszczalnie z powodu zatoru płucnego. Wyzdrowienie.

b) dużego włókniaka macicy, godnego uwagi z dwóch względów: guz wychodził z samego dna macicy, powtóre do górnej powierzchni guza była przyrośnięta wielka sieć ze splotem żył, grubości prawie małego palca. Nasuwa się wniosek, że odpływ krwi z guza odbywał się przez rozszerzone żyły wielkiej sieci. Wyzdrowienie.

2) Kol. Okuszko omawia przypadek kamicy nerkowej u 50-letniego mężczyzny z objawami niedrożności jelit i podrażnienia otrzewnej, z ciepłotą 39°. Po dwóch dniach ustąpiły objawy brzuszne, gorączka zaś po upływie tygodnia. Dopiero po 4 tygodniach wyszły dwa małe kamienie. Pokaz kamieni.

3) Kol. Koniecpolski odczytał pracę „O stosowaniu wyskoku w leczeniu chorób zakaźnych ostrych“. Prelegent omówił szczegółowo wyniki badań doświadczalnych rozmaitych autorów. Po rozpatrzeniu danych z piśmiennictwa oraz na podstawie własnych spostrzeżeń mowca wypowiada się za bardzo oględnem stosowaniem wyskoku w chorobach zakaźnych. Objawy podrażnienia nerek, jakie często widujemy w chorobach zakaźnych, wzmożone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, przypadki (*meningotyphus*) wrzekomego zapalenia opon przy grypie stanowią, zdaniem mowcy, grupę, w której działanie wyskoku uważać należy za szkodliwe. We wszystkich przypadkach, w których mamy porażenie naczyń krwionośnych, stosowanie wyskoku jest przeciwwskazane. Dotyczy to przedewszystkiem duru osutkowego. W ostrych chorobach zakaźnych stosowanie wyskoku jest uzasadnione tylko przy zapadzie.

W dyskusji brali udział koledzy E. Kon, Russ, S. Kon, Wasilewski, Batawia, Łokczewski, Heyman, Szaniawski i Rozenteld. Zaznaczono wybitną różnicę pomiędzy wynikami badań eksperymentalnych a praktyką i doświadczeniem codziennem. Kol. Wasilewski, powołując się na pracę kliniczną Kochmanna (D. m. Woch.), zaleca stosowanie miernych dawek wyskoku w zakażeniach połogowych i w durze powrotnym. Podług Kochmanna małe dawki wyskoku (ok. 50,0 18%), podawane w odstępach półgodzinnych, utrzymują stale wzmożone ciśnienie krwi. Kol. Rozenfeld sądzi, że wnioski farmakologji doświadczalnej nie mogą służyć za sprawdzian w ocenie wartości leczniczej wyskoku. Pobudzające działanie wyskoku na serce jest sprawą sporną, a jednak wywiera on niewątpliwie wpływ pomyślny w zapadzie. Być może, znosi on hamujący wpływ mózgowia na ośrodki naczynioruchowe i, wywołując zmiany w rozmieszczeniu krwi, przyczynia się do poprawy krążenia. Wyskok może być pożyteczny w zapaleniu płuc włóknikowem: zwalniając i pogłębiając oddech, sprzyja lepszemu utlenianiu

krwi (Haldane). Dalej, jako środek odżywczy i szybko ulegający wchłanianiu, wyskok może być pożyteczny w długotrwałych wyniszczających stanach gorączkowych. Angielscy pedjatrzy podkreślają ważne znaczenie wyskoku, jako środka uspokajającego i nasennego, zwłaszcza w zapaleniu płuc u dzieci.

K. Łokczewski, sekretarz.

Związek lekarzy P. P. — Koło łuckie.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 9 stycznia 1922.
Przewodniczy kol. Fr. Miłaszewski. Obecnych 13.

I. Kol. Wojnicz przedstawił a) chorego **po operacji żylaków i wrzodów żylakowych lewego podudzia.** Chory Gr., lat 29, kucharz, w 18-ym roku życia zauważył rozdęcie żył na lewej nodze, które się powiększało i z tego powodu później był zwolniony z wojska. Matka chorego również cierpiała na żylaki na lewej nodze. Od pół roku chory nie pracuje: leczy się z przyczyny rozległych wrzodów w dolnej trzeciej lewego podudzia, powyżej których przeświecają przez skórę węzły kolosalnie rozszerzonej żyły odpiszczelowej. Skóra dolnej części podudzia barwikowo zmieniona. Na prawej nodze nieznaczne rozdęcie żył. Narządy wewnętrzne niezmienione. 2. XII. 1921 r. chory wstąpił do szpit. powiat. w Łucku, 7. XII. mowca przy pomocy kolegów Kubaszewskiego i Kowalskiego dokonał w uśpieniu chloroformem operacji wycięcia rozdętych żył i wyskrobania wrzodów sposobem Matlakowskiego. Rana cięta zaszyta była katgugem i zagoiła się przez rychłozrost, a wyskrobane wrzody zagoiły się po miesiącu przez ziarninowanie. Operowany opuścił szpital w stanie zupełnego zdrowia.

b) chorą **z przetoką brzuszną po laparotomji** (Autoreferat). Chora K., lat 41, służąca, dobrze zbudowana i odżywiona. Przed 9 miesiącami była operowana w szpitalu z powodu tyłopochylenia macicy. Macica była przyszyta do przedniej ściany brzucha nićmi zwyczajnemi, zapewne niedostatecznie wyjałowionemi. Ponieważ w ciągu ośmiu miesięcy rana się nie goiła, wytwarzając głęboką przetokę w przedniej ścianie brzusznej, chora udała się do szpitala pow., gdzie 9. XII. 921. w uśpieniu chloroformowem mowca rozszczepił przetokę i z tylnej powierzchni mięśnia prostego wydobył ropiejący głęboki szef niciany. Rana leczona była sposobem otwartym i zagoiła się zupełnie po miesiącu. Macica pozostała w przodopochyleniu.

W dyskusji zabierali głos koledzy Mininson, Rafałowski i Wojnicz.

II. Kol. Fr. Miłaszewski wygłosił referat: **W sprawie sanatorjum dla chorych piersiowych.** W rzeczowem i treściwem przemówieniu dowiódł, że po wojnie światowej gruźlica się wzmogła w Łucku i jego okolicach, że dla racjonalnego zwalczania gruźlicy konieczną jest rzeczą urządzenie sanatorjum albo szpitala, zwłaszcza dla chorych z otwartą gruźlicą, jako najniebezpieczniejszych rozsadników zarazy. Miejscem dla takiego sanatorjum, czy szpitala, byłby dogodnie dla Łucka położony sosnowy las Kiwirzecki. Z pomocą materjalną pośpieszą, zapewniał, nie tylko prywatne przedsiębiorstwa, lecz i władze państwowe. Na zakończenie swego referatu mowca zwrócił się do obecnych o wypowiedzenie zdania co do poruszonej sprawy.

W dyskusji, w której brali udział koledzy Radwański, Bejlin, Rafałowski, Mininson, Kubaszewski, Lipiński i Wojnicz, wyłoniły się następujące postulaty: 1) Zbadanie terenu w Kiwircach, nadającego się dla sanatorjum, poruczyć komisji złożonej z kolegów Miłaszewskiego, Bejlina i Wojnicza, którzy mają prawo dobrania rzeczoznawców. 2) Poruczyć Zarządowi zebranie danych statystycznych o gruźlicy w szpitalach i ambulatorjach miejskich. 3) Uprosić kol. Radwańskiego o opracowaniu popularnego odczytu o gruźlicy. 4) Prosić kolegów, władających językiem żydowskim o wygłoszenie szeregu popularnych odczytów o gruźlicy dla szerokich mas społeczeństwa Izraelickiego. Koledzy Izraelici zgodzili się na propozycję.

III. Kol. Radwański zapoznał zebranie z programem, mającego się odbyć w Warszawie „Zjazdu Lekarzy i działaczy sanitarnych". Na propozycję prezesa zebranie postanowiło prosić Magistrat Łucki, żeby delegował na zjazd lekarza sanitarnego i jednocześnie prosić kol. Radwańskiego, żeby na zjeździe tym reprezentował Łuckie Koło Związku lekarzy P. P.

A. Wojnicz, sekretarz. *Miłaszewski*, prezes.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17 stycznia 1922.
Przewodniczy: Prof. Gluziński.

1. G. Drozdowicz. **Sztuczna odma brzuszna** (*pneumoperitoneum*), **jako metoda, rozszerzająca zakres badań rentgenodjagnostycznych organów jamy brzusznej.** Po omówieniu rozwoju metod kontrastowania w rentgenodjagnostyce, mowca przechodzi do opisu techniki stosowania sztucznej odmy brzusznej, polegającej na wprowadzeniu do jamy otrzewnej powietrza, tlenu lub bezwodnika węgla za pomocą igły, względnie trójgrańca, złączonego rurką gumową ze zbiornikiem, zawierającym jedno z powyższych ciał. Nakłucie przedniej ściany jamy brzusznej wykonywa się zwykle powyżej i nazewnątrz od pępka (około 3-ch cm. w obydwóch tych kierunkach) lub na linji środkowej pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowem. Przy wyborze miejsca nakłucia trzeba przedewszystkiem powodować się możliwością zranienia któregokolwiek z narządów miąższowych, względnie guza. Nakłucia wolnej pętli jelitowej nie spostrzegano nigdy; nie opisywano również jakichś przykrych powikłań z powodu zranienia pętli unieruchomionej zrostami. Naogół w piśmiennictwie, obejmującem już obecnie opisy tysięcy przypadków stosowania sztucznej odmy brzusznej, brak danych, któreby świadczyły o niebezpieczeństwie tej metody dla chorych. Spostrzeganej przez niektórych autorów, jak również i przez referenta podskórnej i podpowięziowej odmy łatwo uniknąć przy odpowiedniej technice. Przykre dla chorych uczucie rozpierania w brzuchu przy stosowaniu powietrza staje się znacznie słabszem i krótszem, o ile powietrze zastąpimy tlenem, a zwłaszcza bardzo szybko, bo w ciągu 25—40 minut, wchłaniającym się bezwodnikiem węgla. Celem sztucznej odmy brzusznej, zapoczątkowanej przed 10 laty przez Webera, Lorega i Allessandriniego, jest uwidocznienie mało dostępnych dotąd dla rentgenodjagnostyki organów miąższowych jamy brzusznej, jak wątroby, śledziony, nerek, kobiecych organów płciowych, a przeto i zmian patologicznych, powstałych w tych narządach i w ich sąsiedztwie. Zadanie powyższe spełnia ta metoda w sposób nie dający się niczem zastąpić, zarówno przy stosowaniu bezpośredniego prześwietlania na ekranie, jak również przy utrwaleniu obrazów na rentgenogramach.

Jako przeciwwskazania należy wymienić poważniejsze cierpienia serca, zwłaszcza połączone z utrudnionem oddychaniem, i ostre cierpienia zapalne w obrębie jamy brzusznej.

Prze.rocza świetlne rentgenogramów przedstawia referent w porządku swych badań, a więc najprzód przedstawia obrazy królików, u których wykonywał odmę, następnie chorych, u których powietrze wprowadzano po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej, na końcu rentgenogramy chorych, prześwietlanych i zdejmowanych bezpośrednio po zastosowaniu odmy.

Zdjęcia powyższe przedstawiają naocznie wartość metody pozwalając z całą wyrazistością oglądać wątrobę w różnych płaszczyznach, śledzionę z jej wnęką, nerki, zrosty zapalne jelit i guzów. Między innemi przedstawione były zdjęcia chorego, cierpiącego na niedający się bliżej umiejscowić guz w lewej połowie jamy brzusznej.

Z pomocą omawianej metody udało się wyłączyć udział w tej sprawie wątroby, śledziony, nerek i organów trawienia i umiejscowić punkt wyjścia w trzustce, względnie w gruczołach pozaotrzewnowych. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Prof. Kryński rozpatruje stronę anatomiczną zabiegu. Allesandrini z Rzymu, jak również francuscy autorowie, zalecają wykonywanie nakłucia z lewej strony na 2 palce powyżej pępka. Nakłucie w tym punkcie przedstawia pewne niebezpieczeństwo ze względu na możliwość skaleczenia tętnicy sutkowej lub tętnicy nadpępkowej górnej. Z tego powodu profesor Kryński radzi przenieść punkt nakłucia na linję środkową. Na podstawie doświadczenia chirurgów i radjologów prof. Kryński twierdzi, że żołądek i jelita grube podatniejsze są do uszkodzenia, niż jelita cienkie, które łatwiej się uchylają i tym sposobem mniej ryzykujemy. Do zabiegu należy używać powietrza lub tlenu. Nie wiadomo jednak, jaki wpływ na komórki nabłonkowe wywiera czysty tlen, możliwe jest masowe złuszczenie nabłonka i, jako następstwo powyższych zmian, liczne zrosty.

Prof. Rzętkowski stwierdza, że w jego klinice zaczęto wykonywać odmę brzuszną we wrześniu 1920 r. Od tego czasu robiono ją wielokrotnie i nabrano w tym kierunku pewnego doświadczenia, które przedewszystkiem poucza, że zabieg ten jest nieszkodliwy. Daje on doskonałe wyniki jako cenna metoda rozpoznawcza pomocnicza w rozpoznawaniu spraw chorobowych, umiejscowionych w przestrzeni podprzeponowej prawej i lewej. Prof. Rzętkowski wyjaśnią stosunki anatomiczne w jamie otrzewnej, które sprawiają, że wprowadzone powietrze zbiera się w najwyższych odcinkach jamy otrzewnej. Wprowadzano 2 — 4 litrów powietrza filtrowanego przez gruby pokład wyjałowionej waty. Wkłuwano igłę niezbyt grubego kalibru w punkt ściany brzusznej, położony na przecięciu lewego brzegu mięśnia brzusznego prostego lewego z linią łączącą pępek z kolcem przednim górnym lewej kości biodrowej. Mierzenie przy tem ciśnienia prof. Rz. uważa za zbyteczne. Powikłania zabiegu: a) odma śródmięśniowa ściany brzusznej, sprawiająca chorym czasem pewne dolegliwości; b) bóle w okolicach łopatek, stawów barkowych, obojczyków. Odma powietrzna trwa dość długo, przeto lepiej stosować odmę tlenową lub CO_2. Odma nie wywiera żadnego wpływu na narządy krążenia. Przeciwwskazaniem do zakładania odmy są ostre stany zapalne otrzewnej.

Za pomocą odmy uwidacznia się doskonale górna prawa boczna powierzchnia wątroby (u stojącego) oraz cała śledziona; nerek prof. Rz w swoich przypadkach nie widywał. Nie widywał też okolicy pęcherzykowej. Prof. Rz. zachęca kolegów do dalszych badań w kierunku odmy brzusznej i omawia widoki tego zabiegu w kierunkach terapeutycznych. (Streszczenie własne).

Skubiszewski, Mesz, Srebrny, K. Tokarski przestrzegali przed stosowaniem odmy za pomocą igły i radzili przystępować do laparotomji, celem wprowadzenia igły pod kontrolą. Judt stwierdził, że zdjęcia prelegenta są prześliczne, zaznaczył jednak, że omawiana metoda przedstawia niebezpieczeństwo, że zdarzały się przypadki śmierci. Z Instytutu braci Mayo odzywają się głosy, które przestrzegają przed stosowaniem odmy brzusznej. Schlesinger również wypowiada się przeciw odmie brzusznej. Prof. Gluziński w swem przemówieniu podkreślił, że przy stosowaniu odmy brzusznej choremu grozi niebezpieczeństwo. W klinice prof. Gluzińskiego spostrzegano przypadki

podrażnienia otrzewnej. Badania doświadczalne prof. Cybulskiego i prof. Gluzińskiego, wykonywane już dawniej w pracowniach, wykazały, że odma brzuszna wpływa znacznie na podniesienie ciśnienia w naczyniach krwionośnych, a nawet w tętnicy płucnej, z tego względu niebezpieczne jest stosowanie odmy brzusznej przy zmianach w narządach krążenia. Należy więc odmę brzuszną, zdaniem prof. Gluzińskiego, stosować ostrożnie.

2. Komocki przedstawił preparaty histologiczne i rysunki przypadku ciąży jajnikowej. W czerwcu 1921 r. kol. Antecki operował chorą z powodu krwotoku wewnętrznego podczas ciąży pozamacicznej. W jajniku naogół niezmienionym okazała się dosyć głęboka jama, mająca mniej więcej kształt pękniętej torbieli, jajowód normalny, z jajnikiem nie zrośnięty. W pobliżu jajnika w jamie otrzewnej leżało makroskopowo nie uszkodzone jajo płodowe wielkości, odpowiadającej jednomiesięcznej ciąży, pokryte na całej powierzchni normalnego kształtu kosmkami. Badanie histologiczne ustaliło w torbieli jajnikowej masę typowych pokrytych dwoma warstwami nabłonka kosmków, ściśle zrośniętych z samą tkanką jajnikową.

Tkanka jajnika oddziałała na wrastanie kosmków w znacznym stopniu wyrażonem przeobrażeniem się doczesnej; na preparatach widać obszerne pola złożone z komórek dużych wielokątnych i okrągłych. Widać również obszerne wylewy krwi do tkanki jajnikowej z następczą jej martwicą. Jak wyżej zaznaczono, kosmki były pokryte dwoma rzędami nabłonka. Należy zgodzić się ze zdaniem większości autorów, że obie warstwy są pochodzenia płodowego, a nie matczynego, niema bowiem w jajniku ani gruczołów ani wogóle tkanki nabłonkowej, z której ta zewnętrzna warstwa mogłaby powstać. Zmiany decidualne w tkance jajnikowej, w bardzo małym stopniu wyrażone, widział dotychczas jedynie Wyder. *Wacław Kowalski*, sekretarz doroczny.

Medycyna społeczna.

Dr. Natan Milgrom. Radziechów.

W sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

Uważam za swój obowiązek poruszyć na łamach „Gazety lekarskiej" rzecz wielkiej wagi, tembardziej, że, o ile mi wiadomo, nikt inny dotychczas się tą sprawą nie zajmował, chociaż jestto bolączka, trapiąca niejednego lekarza, praktykującego na prowincji. Rozchodzi się o sprawę, co do której obowiązek lekarza względem władzy nie zawsze zgadza się z dążeniem lekarza do działania w ten sposób, aby nie zaszkodzić choremu. *Non nocere!* Oto pierwsza zasada wszelkiego leczenia.

Sprawą tą jest przewóz chorych na choroby zakaźne z wielkich odległości do szpitali zakaźnych. Szczególnie późną jesienią, w zimie i wczesną wiosną sprawa ta staje się aktualną i powoduje szereg nieporozumień w gminach, między rodziną chorych a wykonawczymi organami sanitarnymi. Lekarzom przypada w tym wypadku bardzo nieprzyjemna rola. Rodzina chorego oskarża zwykle lekarza, ordynującego, jako tego, który zmuszony był donieść władzy o każdym wypadku choroby zakaźnej. Skutek jest ten, że ludność traci zaufanie do lekarza, unika go i sama się leczy, zasięgając porady u różnych znachorów i cyrulików, zatajających przypadki chorób zakaźnych. Widzimy więc, jak jedno zło pociąga za sobą natychmiast drugie, wzrost partactwa lekarskiego, i tak już na prowincji bardzo rozgałęzionego, którą to sprawę również należałoby wyciągnąć na światło dzienne, jako rzecz pierwszorzędnej wagi dla chorych i lekarzy.

Sądzę, że nie podlega nawet dyskusji, iż przewożenie chorego gorączkującego na odległość trzech, czterech i więcej mil w zimie do szpitala, po którem dopiero następuje długie oczekiwanie na prowizorycznych noszach, aż służba szpitalna będzie gotowa, aż przygotuje się kąpiel etc., jest w wysokim stopniu szkodliwe dla zdrowia chorego i pogarsza rokowanie choroby; dla lekarza, mającego na oku dobro chorego, jest to rzeczą zrozumiałą. Są to wymagania, którym serce nie chorego na dur, lecz zdrowego człowieka, niejednokrotnie ledwie mogłoby podołać, nie mówiąc już o innych ważnych narządach, jak płuca i układ nerwowy. A teraz przypatrzmy się wozom chłopskim, których bardzo często używa się do tych transportów, wozom urągającym wszelkim wymogom pielęgnacji chorego, temu naładowaniu na chorego dziesiątek szmat i futer, aby go uchronić przed „przeziębieniem", tak, że chory ledwie oddychać może. Kto raz choćby był obecnym przy takim transporcie, musi zastanowić się nad tem, czy korzyść, jaką społeczeństwo odnosi z takiego zarządzenia, równoważy szkodę na zdrowiu, jaką ponosi jednostka, i czy w ogólności przewóz ten odpowiada wymogom sanitarno-policyjnym

Jest rzeczą znaną, że chorych takich przewozi się do szpitala przeważnie dopiero w ostatnim tygodniu choroby. Przyczyny tego są następujące: trudność rozpoznania w początkach choroby, czas, jaki upływa między doniesieniem lekarza, wydaniem zarządzenia przez władzę i wykonaniem tegoż. Kolumna sanitarna, chociaż ruchoma, nie da się z łatwością przerzucać z jednej miejscowości do drugiej. Chory leży przeciętnie przez dziesięć dni i dłużej w domu, jako rozsadnik choroby zakaźnej, a wtedy, gdy otoczenie już zdaje sobie dokładnie sprawę z tego, z jaką chorobą ma do czynienia, gdy sąsiedzi wystrzegają się zetknięcia z tym domem, zajeżdża kolumna sanitarna i zabiera chorego do szpitala. Mogę śmiało twierdzić, że w tym czasie, w którym chory leżał w domu, był on więcej niebezpiecznym i więcej zaraził osób, aniżeli w czasie, który byłby przeleżał w domu, gdyby go nie zabrano do szpitala. Z drugiej znowu strony nie zabrać chorego i zostawić go w ciasnej i przeludnionej izbie jest ze stanowiska sanitarno-policyjnego niedopuszczalne. Należy więc szukać wyjścia z tego błędnego koła.

Zanim nad tem się zastanowimy, muszę jeszcze poruszyć szereg ważnych faktów, służących do wyjaśnienia poruszonej sprawy. Po pierwsze należy stwierdzić, że w większej ilości przypadków chorzy nie mają w szpitalach epidemicznych należytej opieki. Winę ponoszą w znacznym stopniu nieodpowiednie siły pielęgniarskie. Dur nie wymaga zbytniego leczenia. Im mniej się chorego leczy w dosłownem tego słowa znaczeniu, to znaczy, im mniej się go przeładowuje lekarstwami, tem lepiej dla niego. Natomiast bardzo ważną rzeczą jest należyta, nieustanna i troskliwa opieka i pielęgnacja, a to właśnie w naszych szpitalach epidemicznych przeważnie szwankuje, już to wskutek braku sił, już też wskutek nieodpowiedniego materjału pielęgniarskiego.

Z chorym nie można postępować jak z rzeczą martwą lub numerem. Ważną zasadą racjonalnego leczenia i obchodzenia się z chorym jest indywidualizowanie. Prócz tego należy uwzględnić fakt, że przechodzimy obecnie w fazę życia pokojowego. Podczas wojny niejedno, co jest nieludzkie i barbarzyńskie, jest równocześnie koniecznem. Aby uchronić jakiś oddział wojskowy przed zakażeniem durowem, nie zawahamy się ani na chwilę i prześlemy wszystkich zakaźnie chorych, wojskowych i cywilnych, do szpitala, choćby w zimie i daleko. Inaczej jednakowoż należy rzecz tę traktować w czasie pokoju, gdy nie można już zasłaniać się twardą potrzebą wojny.

W końcu postawię pytanie: Czy istnieje prawomocna ustawa, któraby zmuszała chorego do transportu do szpitala zwykłym wozem na odległość kilku mil wśród srogiej zimy lub deszczów jesiennych, z narażeniem na szwank jego zdrowia i życia?

Zastanówmy się więc nad tem, co należałoby uczynić celem uzdrowienia tych stosunków.

Istnieją tylko dwie drogi: albo ulepszyć środki przewozowe, powiększyć liczbę szpitali i wyszkolić należyty materjał pielęgniarski, albo też nie przewozić zupełnie chorych na taką odległość. Przeciw pierwszej z tych ewentualności przemawiają wielkie koszta, połączone z taką reformą, brak budynków na pomieszczenie powiększonej ilości szpitali i brak należycie wyszkolonych pielęgniarek, któreby rzeczywiście odpowiadały swemu zadaniu. Przeciw drugiej ewentualności natomiast przemawiają względy epidemjologiczne, niemożność odosobnienia chorego w domu wskutek ciasnoty pomieszkań i przeludnienia w miasteczkach i wsiach, brak uświadomienia wśród ludności co do istoty i sposobu przenoszenia się chorób zakaźnych i brak należytej opieki lekarskiej wskutek odległości, dzielącej daną miejscowość od miejsca zamieszkania lekarza.

Jedynem słusznem wyjściem, mojem zdaniem, byłoby pomnożenie liczby kolumn sanit. dla okręgów niemających szpitala zakaźnego, a zmuszonych odsyłać zakaźnie chorych do odległego szpitala w innym okręgu. W takich okręgach powinna wysłana w razie wybuchu epidemji kolumna sanitarna założyć prowizoryczny, na czas epidemji, szpitalik, w którym należałoby umieścić wszystkich chorych na chorobę zakaźną z danej miejscowości. Kolumnę taką, połączoną ze szpitalikiem, można łatwo przenosić z jednej miejscowości do drugiej; potrzebne są tylko dwie dobre pielęgniarki, lekarz zawsze się znajdzie w danym okręgu.

Prosiłbym innych kolegów o zabranie głosu w tej sprawie. W końcu zwracam się do miarodajnych władz, aby zajęły się tą sprawą, w uwzględnieniu przedewszystkiem dobra chorego.

Wiadomości bieżące.

Na życzenie licznych Kolegów z całego kraju przesunięto czas zgłoszeń i wpłaty udziałów **Spółki wydawniczej lekarskiej** do dnia 15 marca 1922. Walne Zgromadzenie organizacyjne Spółki odbędzie się dnia 25. marca br.

Lwów.

VIII. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek 3 marca o godz. 6-tej w Poliklinice.

Pokazy: kol. Łukasiewicz: Przedstawienie przypadków skórnych;

kol. Węglowski: Oesophagoscopia;

kol. Nowicki: Przedstawienie preparatów anat.-patol. a) promienicy płuc, b) rozszerzenia żołądka bardzo znacznego stopnia, c) niezwykłej wady rozwojowej serca.

Wykłady: kol. Wiczkowskiego i Ostrowskiego niewygłoszone na posiedzeniu VI i VII.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Zmarli.

Dr. Witold Zakaszewski, lekarz okręgowy w Uściu solnem, w 54. r. ż.

Konkurs.

Dyrekcja szpitala lwowskiej Gminy wyznaniowej izraelickiej rozpisuje niniejszem konkurs na cztery posady sekundarjuszy w tutejszym szpitalu. Podania na powyższe posady, zaopatrzone w stempel na 10 Mkp, należy przesyłać na ręce **Dyrekcji szpitala** najdalej do dnia 25. lutego b. r. przy dołączeniu następujących dokumentów:

1) Dyplom doktora wszech nauk lekarskich.
2) Dowodu posiadania obywatelstwa polskiego.

O bliższych warunkach można się dowiedzieć w kancelarji Dyrektora codziennie od godziny 12 do 12·30 w południe.

Dr. MEISELS
Dyrektor szpitala.

KONKURS.

Wydział Powiatowy w Makowie nad Orzycem, województwa Warszawskiego, ogłasza konkurs na wolne posady:

1) lekarza prymarjusza w szpitalu powiatowym w Makowie z poborami urzędnika państwowego VI stopnia i 20% do tychże dodatkiem komunalnym, lekarz ten ewentualnie mógłby nadto zająć posadę lekarza gimnazjum komunalnego w Makowie z poborami według IX stopnia urzędnika państwowego;

2) lekarza szpitala w osadzie Krasnosielc z poborami ryczałtowo 15.000·— miesięcznie.

Ubiegający się o jedną z powyższych posad winni wykazać: a) że są obywatelami Państwa Polskiego, b) posiadają prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, c) nieposzlakowaną przeszłość — przy dołączeniu curriculum vitae. Ponadto: d) dla lekarza prymarjusza, że posiada dostateczne wszechstronne wykształcenie lekarskie — a przedewszystkiem w dziale chirurgji i położnictwa, oraz znajomość administracji szpitalnej.

Lekarz prymarjusz będzie obowiązany do udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej w szpitalu komunalnym i ambulatorjum, administrowania szpitalem (przy pomocy intendenta) i załatwiania spraw tyczących się szpitalnictwa powiatowego związku komunalnego.

Lekarz w Krasnosielcu będzie mógł zajmować się praktyką prywatną.

Oferty wraz z curriculum vitae i odpisami świadectw należy nadsyłać do Wydziału Powiatowego **w terminie do dnia 20 marca 1922 r.**

Starosta: (–) **St. Boguszewski.**

Ze względu na liczne życzenia Pp. lekarzy prowincjonalnych przedłużyliśmy termin zgłoszeń do Spółki wydawniczej lekarskiej do dnia 10 marca 1922.

Zgromadzenie organizacyjne odbędzie się 19 marca 1922.

Komitet Założycieli.